

Konzeption der Fachklinik Nettetal

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen
(Stand 2018)

Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT)
im
Caritasverband für die Diözese Osnabrück

Fachklinik Nettetal
Hohnweg 2
49134 Wallenhorst
Tel. 05 41 / 4 08 92 - 0
Fax 05 41 / 6 72 46



Inhalt

1. Einleitung	3
2. Allgemeines.....	5
3. Einrichtungsbeschreibung	5
4. Konzept	7
4.1 Theoretische Grundlagen	7
4.2 Indikationen und Kontraindikationen	15
4.3 Kontraindikationen	16
4.4 Rehabilitationsziele.....	16
4.5 Rehabilitationsdauer	18
4.6 Rehabilitationsverlauf	18
4.6.1 Entwöhnungsbehandlungen.....	18
4.6.2 Adaption	19
4.6.3 Rückfallbehandlung	21
4.6.4 Wiederholungbehandlungen.....	22
4.6.5 Kombinationsbehandlungen	22
4.6.6 Ambulante Weiterbehandlung	23
4.7. Rehabilitationsprogramm	24
4.7.1 Cannabisbehandlung	26
4.7.2 Rehabilitation unter Substitution	27
4.7.3 Komorbide psychische Störungen	28
4.7.4 Mitbehandlung somatischer Begleiterkrankungen	31
4.8 Rehabilitationselemente	32
4.8.1 Aufnahmeverfahren	33
4.8.2 Rehabilitationsdiagnostik	33
4.8.3 Medizinische Behandlung	36
4.8.4 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und andere.....	37
Gruppenangebote.....	37
4.8.5. Arbeitsbezogene Interventionen	39
4.8.6 Freizeitangebote.....	42
4.8.7 Sozialdienst.....	43
4.8.8 Gesundheitsbildung und Ernährung.....	44
4.8.9 Angehörigenarbeit.....	44
4.8.10 Geschlechtsspezifische Angebote.....	45
4.8.11 Rückfallmanagement.....	45
4.8.12 Beendigung der Rehabilitationsleistung und Vorbereitung der Nachsorge	47
5. Personelle Ausstattung.....	48
6. Räumliche Gegebenheiten	48
7. Kooperation und Vernetzung	49
8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung	49
9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation	50
10. Notfallmanagement.....	51
11. Fortbildung	52
12. Rehabilitationsvertrag/Hausordnung	52
Literatur	63

1. Einleitung

Leitbildorientierung der Fachklinik Nettetal

Die Fachklinik Nettetal ist eine Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Männern mit Abhängigkeitserkrankungen (Sucht).

Die Einrichtung ist Teil der Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT) im Verbundsystem des sozialen und medizinisch-psychotherapeutischen Hilfeinrichtungen des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück und kooperiert mit anderen Einrichtungen in gegenseitiger Wertschätzung.

Unsere sozialen Dienstleistungen in der Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT) werden unabhängig von der Religion, der Nationalität und der politischen Einstellung der Betroffenen angeboten.

Wir sind bestrebt neue Notsituationen frühzeitig zu erkennen, die öffentliche Aufmerksamkeit darauf zu lenken und rechtzeitig Lösungen für die sich darstellenden Probleme zu finden.

Wir verstehen ein Abhängigkeitssyndrom als ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Substanzabhängigkeit beeinträchtigt die freie Entfaltung der Persönlichkeit und zerstört die Gesundheit, die sozialen Bindungen und die sozialen/beruflichen Teilhabechancen der Betroffenen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Nettetal sind der Grundüberzeugung, dass jeder Mensch als Person einmalig ist und eine von Gott gegebene, unverfügbare Würde besitzt. Wir glauben, dass jeder Mensch selbstbestimmt ist und nach Wachstum, sozialer Eingebundenheit und Sinnerfüllung strebt. In diesem Sinne ist die individuelle Förderung unserer Rehabilitanden auf eine gleichberechtigte Teilhabe im Beruf und in der Gesellschaft ausgerichtet.

Unsere professionelle medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Unterstützungsleistungen haben zum Ziel, die Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten unserer Rehabilitanden durch leitliniengetreue Behandlungsformen und professionelle Wiedereingliederungsanstrengungen zu erweitern, sowie die zwischenmenschlichen Beziehungen und Begegnungen zu fördern. Dabei geht es uns auch darum, die Selbstheilungskräfte der Rehabilitanden auf körperlicher, emotionaler, sozialer und spiritueller Ebene zu mobilisieren. Wir unterstützen den Rehabilitanden, sich in seinem Sein zu akzeptieren, seine individuellen Fähigkeiten zu entfalten und im lebensnahen Handeln zu verankern.

Wir erbringen medizinische, psychotherapeutische und soziale Dienstleistungen nach aktuellen professionellen Standards und im Bewusstsein christlicher Nächstenliebe und begegnen unseren Rehabilitanden und ihren Angehörigen mit Wertschätzung, Akzeptanz und Geduld. Geleitet ist unsere Haltung vom Grundsatz „Dem Menschen zugewandt“ im Sinne des Gleichnisses vom Barmherzigen Samariter (Lukas 12, 25).

Wirksame Hilfe setzt praktikable Handlungskonzepte ebenso voraus wie engagierte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies wird durch einen wertschätzenden Umgang, partizipativen Führungsstil, klare Aufgabenbeschreibungen, die Delegation von Kompetenzen und Verantwortung sowie durch fachliche, persönliche und religiöse Weiterbildungen ermöglicht.

Die Einrichtungen und Dienste der Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT) im Verbundsystem des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück arbeiten nach fachlichen Standards und beteiligen sich an deren Weiterentwicklung.

Die Qualität unserer Arbeit wird durch ein regelmäßiges Qualitätsmanagement gesichert, die Leistungen erbringen wir nach den Grundsätzen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Im Mittelpunkt unseres Handelns befindet sich stets der Mensch.

2. Allgemeines

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Fachklinik Nettetal, Hohnweg 2 in 49134 Wallenhorst, ist eine unselbständige Einrichtung der Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT) im Verbundsystem des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.

Dieser wiederum ist Mitglied im Deutschen Caritasverband Freiburg, dem Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche.

Der Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. ist als gemeinnützige Einrichtung anerkannt.

In der Fachklinik Nettetal werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB VI durchgeführt. Die Einrichtung verfügt über die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherungsanstalten, der Krankenkassen und der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeleistungsträger. Federführend ist die deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Die Fachklinik Nettetal entspricht den Erfordernissen des § 36 Abs.1 BtmG und ist zur Unterbringung von Drogenabhängigen nach Bestimmungen der §§ 35 – 37 BtmG anerkannt. Die Behandlung von Rehabilitanden nach § 64 StGB ist nach Einzelfallentscheidung möglich.

Verfasser: Dr. med. E. H. Sylvester (Chefärztin), H-J Boder (Klinikmanager) C. Tönsing (Geschäftsführer CRT)

Stand: Mai 2018

3. Einrichtungsbeschreibung

In der Fachklinik Nettetal werden seit 1982 medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für männliche Rehabilitanden durchgeführt. Es wird ein suchstoffübergreifender Ansatz auf der Grundlage der internationalen Klassifikation der Funktionsstörungen, Behinderung und Gesundheit (ICF) verfolgt, der die Diagnosen Abhängigkeit von illegalen Drogen, Abhängigkeit von Alkohol sowie stoffungebundene Abhängigkeiten umfasst. Bei entsprechender Indikation ist eine (übergangsweise) Behandlung mit Medikamenten zur Substitution möglich. Im Rahmen des Rehabilitationsverbundes „Psychose und Sucht in der Region Osnabrück“ erfolgt die Behandlung von Doppeldiagnoserehabilitanden. Darüber hinaus liegt eine Anerkennung für die Indikation Sucht und Trauma vor.

Die FK Nettetal liegt in einem landschaftlich reizvollen Naherholungsgebiet am nördlichen Stadtrand von Osnabrück und gehört zur Gemeinde Wallenhorst. Die fünf Gebäude der Einrichtung liegen auf einem großzügigen, ruhig gelegenen Gelände.

Die Einrichtung ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus und Bahn) in angemessener Zeit zu erreichen, eine optimale Anbindung an die Bundesautobahnen (A1 und A30) ist gegeben.

Im Bedarfsfall stellt die Einrichtung einen Transportdienst für Rehabilitanden, Besucher und Angehörige zur Verfügung. Ebenso können die Rehabilitanden nach entsprechender Sicherheitseinweisung kostenfrei hauseigene Fahrräder nutzen.

Um den Behandlungsprozess zu unterstützen, werden die umfangreichen kulturellen, religiösen und freizeitgestaltenden Angebote der Stadt Osnabrück genutzt. Es bestehen Kooperationsverträge mit niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern in der Region.

Die FK Nettetal bietet mit ihren 37 Behandlungsplätzen einen für Rehabilitanden und Mitarbeiter gut überschaubaren Rahmen in einer gemeinschaftlichen Atmosphäre. Die dezentrale Unterbringung der Rehabilitanden in Ein- und Zweibettzimmern mit jeweils eigenem Bad fördert die Gruppenatmosphäre und den gemeinschaftlichen Zusammenhalt in der Einrichtung. So entstehen optimale Bedingungen, um sich auf eine vertrauensvolle therapeutische Arbeit in einer beschützenden und stabilisierenden Umgebung einlassen zu können. Die Außensportanlagen (u.a. Fußball, Beachvolleyball, Basketball, Boule) und der Wellnessbereich mit Sauna, Entspannungsbad/Whirlpool und Teichanlage bieten über den Rahmen der täglichen Interventionen weitere Möglichkeiten der Entspannung und gemeinschaftsfördernden Freizeitgestaltung.

Die mit Spinbikes, Ruder- und Multifunktionsgeräten ausgestatteten Trainings- und Fitnessräume stehen den Rehabilitanden auch in der Freizeit kostenfrei und nach ärztlicher Beratung und Empfehlung zur Verfügung.

Es besteht ein Rauchverbot in den Räumlichkeiten und auf dem Klinikgelände. Ausnahme besteht lediglich im Rauchpavillon. Selbstverständlich gilt auf dem Gelände und ebenso für die gesamte Dauer der Rehabilitation Alkoholverbot und das Verbot des Konsums psychotroper Substanzen (außer im Rahmen ärztlich verordneter Medikamente). Die Einrichtung ist weitgehend barrierefrei gestaltet und verfügt über barrierefreie Behandlungs-, Aufenthalts- und Wohnräume, so dass auch rollstuhlpflichtige Rehabilitanden mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen aufgenommen werden können.

Die Rehabilitandenzimmer und die dazugehörigen Räumlichkeiten sind mit einer zentralen Notrufanlage ausgestattet, die es jederzeit ermöglicht medizinisches Personal zur Hilfe zu rufen. Die Rehabilitandenzimmer sind komplett eingerichtet und verfügen neben einem Bett, Kleiderschrank mit abschließbarem Wertfach, Beistelltisch über eine eigene Pinnwand und einen Schreibplatz.

Die Einzel- und Gruppentherapiegespräche finden in den multimedial ausgerüsteten Gruppenräumen bzw. den Büro- und Sprechräumen der Mitarbeiter statt. Die Büro- und Sprechräume der Mitarbeiter sind mit modernen Telekommunikationsmedien ausgestattet und verfügen über einen direkten Zugriff auf die zentral verwalteten rehabilitationsrelevanten Daten der Einrichtung und der Rehabilitanden.

Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Ergotherapie und des Unterrichts im PC-Schulungsraum im Umgang mit dem PC und den neuen Medien geschult. Weiter stehen für die ergo- und arbeitstherapeutischen Interventionen umfangreiche Räumlichkeiten und Anlagen in den Bereichen Holz, Garten, Hauswirtschaft, Büro und Metallverarbeitung zur Verfügung. Ergänzt werden diese Räumlichkeiten durch eine barrierefreie Lehrküche, in der in kleinen Gruppen unter fachlicher Anleitung zur Vorbereitung auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise gekocht wird. Für weitere Angebote (Rückenschule, Physiotherapie, Entspannung, Musizieren, etc.) stehen Multifunktionsräume zur Verfügung, die entsprechend den jeweiligen fachlichen Anforderungen hergerichtet werden können.

In Kooperation mit der Gemeinde Wallenhorst steht für die Rekreationstherapie eine Sporthalle zur Verfügung und es wird die Osnabrücker Bäderlandschaft genutzt.

Für die medizinischen Untersuchungen und Interventionen sind ein Untersuchungs-/Sprechzimmer und ein Behandlungsraum mit kleinem integriertem Labor vorhanden.

Die vielfältigen eigenen und in Kooperation verfügbaren Räumlichkeiten und Angebote ermöglichen eine passgenaue und individuelle Gestaltung der Rehabilitation zur optimalen Vorbereitung auf ein gesundheitsbewusstes, suchtmittelfreies und aktives Leben in Beruf und Gesellschaft.

4. Konzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA 2015) berichteten 6,8 % der Befragten im Alter von 18 bis 64 Jahren in den vergangenen 12 Monaten eine illegale Droge konsumiert zu haben. Mit einer Prävalenz von 5,9% war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Droge. Für 2,1% der Stichprobe konnte ein klinisch relevanter Cannabiskonsum festgestellt werden. Von Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen berichteten 2,3% der Befragten. Im ESA 2009 berichteten 7,4% der Erwachsenen illegale Substanzen wie Heroin, Kokain oder Amphetamine konsumiert zu haben. Dabei nehmen Männer deutlich öfter illegale Drogen zu sich als Frauen; gleichzeitig konsumieren jüngere Erwachsene unter 30 Jahren häufiger illegale Substanzen als ältere Erwachsene. Das am weitesten verbreitete Suchtmittel stellt nach wie vor Alkohol dar, ein Zuwachs des Rauschtrinkens konnte insbesondere in der Altersgruppe der 25 bis 39-Jährigen verzeichnet werden.

Zeitabhängige Wechselwirkungen von genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und den Effekten eines Suchtmittels führen in charakteristischen Phasen vom kontrollierten Gebrauch des Suchtmittels zu abhängigem Verhalten mit Kontrollverlust. Die neurobiologische Suchtforschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf einer solchen Entwicklung auf der Basis genetischer Vulnerabilität und durch entsprechende Erlebnismuster entstandene epigenetische Risikofaktoren Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden (s.a. die neurologischen Grundlagen).

Klinisch zeigen Suchtmittelabhängige gemeinsame Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten, wie z.B. ein unabweisbares Verlangen nach dem Suchtmittel oder die Verengung des Lebensstils auf den Suchtmittelkonsum. Diese Auffälligkeiten sind leitend für die Diagnose der Abhängigkeit. Darüber hinaus bilden Suchtmittelabhängige eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich z.B. bezüglich konsumierter Substanzen, psychiatrischer und somatischer Begleiterkrankungen, der Art und des Ausmaßes der negativen sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums im Privat- und Berufsleben sowie in ihrem Wunsch nach Veränderung von Konsum und Lebenssituation.

Bei Suchtmittelabhängigen ist die Sterblichkeit durch Unfälle, körperliche Erkrankungen und Suizid um ein Vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Die Höhe der direkten und indirekten sozialen Folgekosten und die Schäden, auch für die Volkswirtschaft, sind enorm hoch (suchtbedingte Personen- und Sachschäden, Produktionsausfälle, Sozialleistungen usw.), was an einer wachsenden Anzahl von

Studien zu den ökonomischen Kosten (z.B. Weiß, 1990, Mann et al., 1991, Vox et al, 1995, Joy et al, 1997) gezeigt werden konnte.

Zwischen Suchtverhalten und Kriminalität gibt es enge Verbindungen und eine erhebliche wechselseitige Beeinflussung.

Von besonderer Bedeutung für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind jedoch die Funktionsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen die durch den dauerhaften Konsum psychotroper Substanzen herbeigeführt werden. Das Hauptaugenmerk der in der Fachklinik Nettetal durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke liegt auf der Wiederherstellung der durch die o.a. Beeinträchtigungen verminderte Leistungsfähigkeit für die Teilhabe am Erwerbsleben.

Eine ungünstige Entwicklung bis hin zur Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms kann auch die Nutzung moderner Medien nach sich ziehen. Eine Verhaltensstörung durch den intensiven Gebrauch von Computer und Internet kann als eine dem Pathologischen Spielen vergleichbare Impulskontrollstörung angesehen und auch in Symptomen beschrieben werden, wie sie bei der Substanzabhängigkeit vorzufinden sind (Petersen, Thomasius 2009). Die Diagnostik orientiert sich an den ICD 10 Kriterien bezogen auf die vorangegangenen 12 Monate. Items sind ein unwiderstehliches Verlangen, der Kontrollverlust, eine Toleranzentwicklung, physische und/oder psychische Entzugserscheinungen, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und die Fortführung des Konsums trotz des Wissens um die längerfristigen negativen Konsequenzen. Ein pathologischer Medienkonsum kann sich im Verlust des Interesses an realen Beziehungen, dem Abfall von Schul-, Ausbildungs-, Arbeitsleistungen, Schlafstörungen bzw. einem verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus, vermehrten Spannungen im sozialen Umfeld sowie dem deutlichen Vorzug der Mediennutzung gegenüber anderen Aktivitäten äußern. Bei den Betroffenen besteht häufig wenig Problembewusstsein, so dass der grundlegenden Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei ist der Medienkonsument Experte für die Wirkung der Medien, das Behandlungssystem Experte für die Nebenwirkungen.

Die epidemiologische Bedeutung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet gilt als unumstritten, ebenso der psychopathologische Charakter dieser Symptomatik.

Etwa 3% der ca. 40 Millionen Nutzer des Internets in Deutschland, also mehr als 1,2 Millionen Personen, zeigen entsprechende Verhaltensauffälligkeiten. Von dem Störungsbild sind häufig jüngere Männer zu Beginn ihres Berufslebens betroffen.

Entscheidend ist jedoch meist, auf welche Persönlichkeitsstrukturen die Medieninhalte treffen. Erste klinische Befunde zur Komorbidität auch dieser Indikation weisen auf depressive Störungen und soziale Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen sowie Essstörungen mit Adipositas hin. Daneben sind Suchterkrankungen, insbesondere die Nikotin-, Alkohol- u. Cannabisabhängigkeit sowie Glücksspielsucht vorherrschend.

Hinter diesen äußeren Erscheinungsformen steht das schwere Leid der Betroffenen, der mit betroffenen Angehörigen und insbesondere der Kinder suchtmittelabhängiger Eltern. Der Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen und Heranwachsenden bedarf besonderer Aufmerksamkeit. In der störanfälligen Entwicklungsphase wirkt sich

Suchtverhalten besonders negativ aus, da für das spätere Leben wichtige Reifungsschritte nicht oder unvollständig oder gar zu spät erfolgen.

Die Phänomene der Suchterkrankung müssen auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen und kulturellen Handlungsprozesse betrachtet werden. Informationsüberflutungen, fortschreitende Arbeitsteilung, Technisierung und Rationalisierung sowie eine auf exzessive Leistungen ausgerichtete Ökonomie unserer derzeitigen Gesellschaft erzwingen Anpassungsleistungen, die die physische und psychische Kraft der Einzelnen oft überfordern. Auf der anderen Seite werden durch den gesellschaftlichen und ökonomischen Wandel immer mehr Menschen aus dem Arbeitsprozess ausgegliedert – oder kommen erst gar nicht hinein – mit all den damit verbundenen Folgen, wie: soziale Isolierung, psychische Instabilität, Identitätsverlust und seelische und materielle sowie soziale Verarmung.

Zudem hat der mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehende kulturelle Wandel zu einem weitgehenden Schwinden traditioneller Formen des Zusammenlebens und bewährter Werte geführt. Dieser Verlust an tragfähigem, sozialem und geistigem Halt kann bei einzelnen Menschen zu erheblicher Verunsicherung, Angst, Ohnmacht und Sinnentleerung führen und damit den Einbruch für Suchtverhalten schaffen.

Die Komplexität süchtigen Verhaltens wird deutlich in den vielfältigen psychosozialen Konflikten der Einzelnen mit sich, mit ihrer Familie, ihrem weiteren sozialen Umfeld. Es geht dabei nicht nur um medizinische, psychologische und soziale Problemstellungen, sondern auch um soziologische und anthropologische, um kultur- und gesellschaftskritische Gesichtspunkte, um sozial- und strafrechtliche Folgen, um wirtschaftliche und historische Zusammenhänge sowie um ethische und weltanschauliche Bewertungen. Sucht ist nicht nur Krankheit, sondern auch Symptom für Persönlichkeitsstörungen, für psychische und soziale Probleme.

Neurobiologische Grundlagen des Abhängigkeitssyndroms

Die neurobiologische Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf der Entwicklung einer Abhängigkeit auf der Basis genetischer Vulnerabilität und peristatischer Risikofaktoren Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden.

Mit Beginn der 90er Jahre konnten in der neurobiologischen Forschung durch den Einsatz bildgebender Verfahren (Positronenemissionstomographie PET, Kernspintomografie MRI und funktionelle MRI) neue Erkenntnisse über die Struktur und Funktion neuronaler Netzwerke und über die Plastizität neuronaler Verschaltungen gewonnen werden.

Suchtverhalten entsteht aufgrund der spannungsreduzierenden und belohnenden Wirkung von psychotropen Substanzen über die Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin im Nucleus accumbens. Diese dopaminerge Aktivierung durch Suchtmittel verändert die Bewertung des damit verbundenen Verhaltens und erhöht dadurch die Konsummotivation. Die positiv erlebten Verhaltensmuster werden als dauerhafte Gedächtnisspur in Form von synaptischen Verbindungen zwischen den Neuronen gefestigt. Damit verändert sich die Struktur und Funktion neuronaler Verschaltungen.

Die Verarbeitung von emotionalen Erfahrungen beginnt mit der Wahrnehmung von Reizkonstellationen, die ein Erregungsmuster durch Aktivierung phylogenetisch alter neuronaler Netzwerke erzeugen, das im limbischen System mit einer affektiven Qualität versehen wird. Daraus resultierende Handlungsimpulse erfolgen automatisch und unbewusst, bevor die Signale den präfrontalen Cortex mit der Möglichkeit der bewussten Steuerung erreichen.

Die den vielfältigen Abhängigkeitserkrankungen zugrunde liegenden strukturellen Veränderungen in Form von gebahnten assoziativen Verschaltungsmustern sind durch therapeutische Interventionen nur schwer auflösbar. Nur durch die Erfahrung erfolgreicher, alternativer Strategien des Denkens, Fühlens und Handelns können diese Reaktionsmuster umgangen werden und sich ebenfalls neuronal verankern. Auch nach längerer Abstinenz von psychotropen Substanzen können suchtmittelassoziierte Reize zu einem Rückfall führen. Insbesondere bei psychischen Krisen besteht die Gefahr, dass auf die älteren, tiefer gebahnten Strategien zurückgegriffen wird.

Die therapeutische Erfahrung zeigt, dass in den ersten sechs bis zwölf Monaten der Abstinenz eher eine handlungsorientierte Therapie in Form von Strategien zur rückfallfreien Alltagsbewältigung möglich ist, die durch häufiges Üben automatisiert werden können. Erst danach ist eine affektive Umstrukturierung mit biographischem Arbeiten möglich (Dlabal, H und Volksdorf, P: mündliche Mitteilung, Suchttherapietage Hamburg, 2009).

Eine erfolgreiche Therapie muss daher eine Entwicklung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien einleiten, um grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln zu ermöglichen. Bewusste Lernvorgänge im Frontalhirn „brauchen daher Zeit und müssen zur Festigung der neuronalen Strukturen häufig wiederholt werden. Auf diesem Wege ist eine Überformung von früher gebildeten neuronalen Strukturen möglich. Hier setzen die bewusst gesteuerten Therapieprozesse an.“ (Roediger, 2005)

Rehabilitation und ICF

Die Suchttherapie, insbesondere alle Maßnahmen zur ambulanten und stationären Rehabilitation Sucht, beruht auf einer wissenschaftlich begründeten und evidenzbasierten Suchtmedizin (Schmidt et al., 2006). Die deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und die deutsche Gesellschaft für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie (DGPPN) haben gemeinsam im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) in den Jahren 2000 bis 2005 evidenzbasierte Leitlinien für die substanzbezogenen Störungen Alkoholabhängigkeit, Tabakabhängigkeit, Cannabis-bezogene Störungen, Opioid-bezogene Störungen, Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene und Medikamentenabhängigkeit entwickelt, die teilweise als S3-Leitlinien vorliegen. Ziel der rehabilitativen Behandlung, auch Postakutbehandlung genannt, ist die Stabilisierung des Behandlungserfolges, in der Regel der Abstinenz oder die Prophylaxe einer weiteren Verschlechterung mit gesundheitlicher Schadensbegrenzung inklusive der Behandlung der aus der Abhängigkeitserkrankung resultierenden psychiatrischen und somatischen

Folgeerkrankungen. Grundlegend ist dabei die Vermeidung bzw. Überwindung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Behinderung im Sinne der ICF.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen aus sozialmedizinischer Sicht folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- eine positive Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung von Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellation, Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherigen Therapien, Erfordernis der Kombination mehrerer Therapieformen, hohem Schulungsbedarf und Problemen bei der Krankheitsbewältigung.

Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung des Rehabilitanden. Die Rehabilitationsteilnehmer müssen in der Lage sein, das gesamte Spektrum therapeutischer Leistungen wahrnehmen und, wenn indiziert, aktiv mitgestalten zu können.

Nach §10 SGB VI ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Im Hinblick auf das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung bedeutet das, dass eine Stabilisierung des Leistungsvermögens und eine Eingliederung bzw. Wiedereingliederung ins Erwerbsleben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Bei den Krankenversicherungsträgern liegt der Fokus auf der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Akutbehandlungserfordernissen sowie der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Um das übergeordnete Behandlungsziel einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit und damit der Teilhabe am Erwerbsleben zu erreichen, ist eine Veränderungsbereitschaft und erkennbare Motivation (oder zumindest ausreichenden Motivierbarkeit) unerlässlich, wobei die therapeutische Erarbeitung von realistischen Teilhabe bezogenen Zielen oft die gewünschte Veränderungsmotivation erst mit sich bringt.

Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) bedroht oder bereits beeinträchtigt ist.

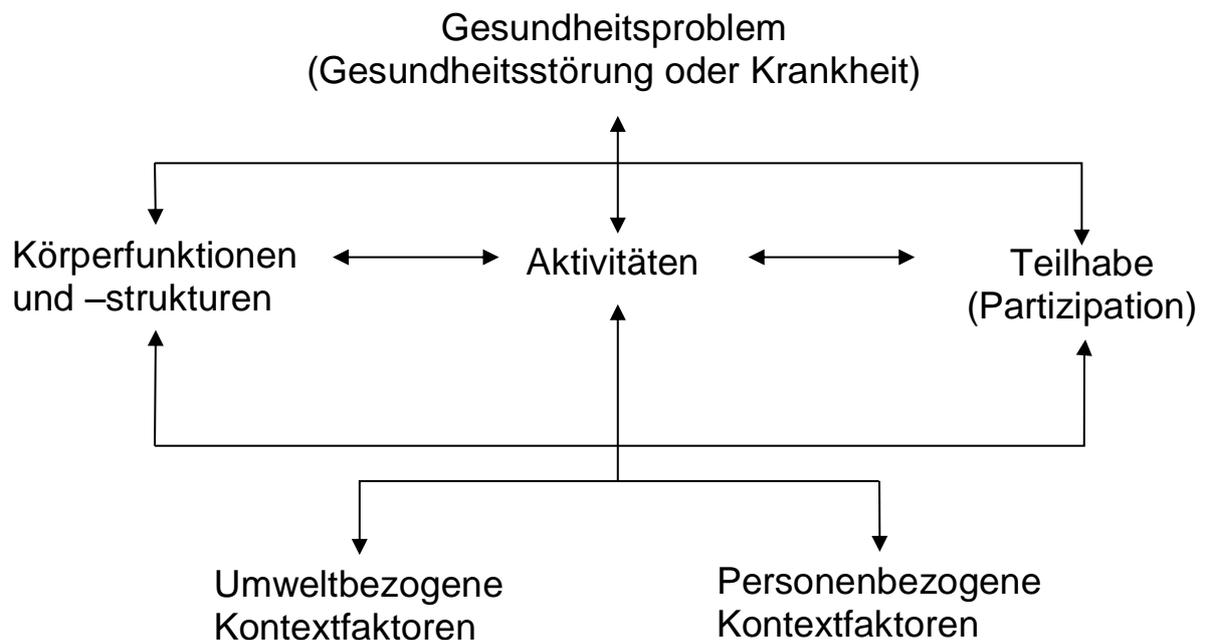
Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabeaspekt der ICF eng verbunden. Für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe sind die krankheits- und behinderungsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Eine beeinträchtigte oder zumindest bedrohte Teilhabe begründet den Leistungsanspruch.

Die Folgen von (chronischen) Erkrankungen werden im ICF-Modell als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Zum Kontext eines Menschen gehören sowohl die Lebensgeschichte und Persönlichkeit als auch die physische und soziale Umwelt. Dabei spielt der

Lebenshintergrund meist eine große Rolle bei der Frage, ob ein gesundheitliches Problem bzw. eine Krankheit (Bezugssystem: ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise am Leben in der Gesellschaft führt.

Die ICF bietet einen systematischen Ansatz zur Betrachtung der Aus- und Wechselwirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Diese geschieht auf den Ebenen der Strukturen und Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelt. Dabei finden sowohl mögliche Barrieren als auch Förderfaktoren Berücksichtigung.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Zu den funktionalen Problemen, d.h. den negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen, gehören bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen vor allem Beeinträchtigungen in den Bereichen der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen und des Erwerbslebens. Unter Berücksichtigung der individuellen biographischen, sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen stellt die Teilhabe (Partizipation) in diesen Bereichen die zentrale Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB 9).

Die Bedeutung und Akzeptanz des bio-psycho-sozialen Modells für die Rehabilitation ist heutzutage nahezu unbestritten (Schliehe 2006). Darüber hinaus ist die Verwendung der beiden Konstrukte Leistung und Leistungsfähigkeit gerade für die medizinische teilhabeorientierte Rehabilitation von besonderem Interesse. Besteht zwischen den realen Umweltanforderungen und der aktuellen Leistungsfähigkeit eine Diskrepanz, stellt diese eine wichtige Information für die Rehabilitation dar. Neben den jeweiligen Umweltbedingungen und der Funktionsfähigkeit sind auch noch die weiteren Lebensumstände und personenbezogenen Faktoren zu berücksichtigen, was die Komplexität der medizinischen teilhabeorientierten Rehabilitation ausmacht.

Der Teilhabeaspekt als Zielperspektive der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird durch die Ausrichtung der gesamten Konzeption nach Gesichtspunkten der beruflich orientierten Rehabilitation (BORA) konkretisiert. (s. BORA-Konzept im Anhang)

Psychotherapeutische Verfahren in der Rehabilitation

Die Verhaltenstherapie ist das grundlegende psychotherapeutische Verfahren in der Rehabilitation der Fachklinik Nettetal. Nach Margraf (2000) erfüllen alle verhaltenstherapeutischen Methoden folgende Kriterien:

- Sie orientieren sich an der empirischen Psychologie und entwickeln sich ständig weiter
- Sie sind problemorientiert, unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und empirisch gesichertem Wissen zu störungsspezifisch wirksamen Interventionen wird ein Behandlungsplan entwickelt, der auf den Rehabilitanden zugeschnitten ist.
- Sie fokussieren auf die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Suchterkrankung.
- Sie sind transparent, d. h. der Rehabilitand wird umfassend aufgeklärt und zur aktiven Teilnahme am therapeutischen Prozess motiviert.
- Sie sind ziel- und handlungsorientiert, d. h. Therapeut und Rehabilitand sind sich einig, welches Ziel durch die Behandlung erreicht werden soll.
- Sie verstehen sich als Hilfe zur Selbsthilfe, d. h. sie fördern den Auf- und Ausbau aktiver Bewältigungsstrategien.

Das Vorgehen orientiert sich an dem 7-Phasen-Modell nach Kanfer, wobei die 7 Stufen in der Praxis selbstverständlich oft fließend ineinander übergehen.

Nach Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen und Aufbau einer therapeutischen Beziehung erfolgen im zweiten Schritt die Analyse und der Aufbau einer stabilen Änderungsmotivation. Im dritten Schritt wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Verhaltens- und Problemanalyse erstellt, dieser folgt die Vereinbarung von Behandlungsinhalten und -zielen. Nach Durchführung der spezifischen therapeutischen Interventionen erfolgt dann im sechsten Schritt die Evaluation, d. h. das Registrieren und Bewerten der Therapiefortschritte, um dann im letzten Schritt zu einer Optimierung und Generalisierung zu gelangen.

Ergänzt wird diese Vorgehensweise vor dem Hintergrund eines personenzentrierten Ansatzes bei Bedarf durch Elemente aus anderen psychotherapeutischen und unterstützenden Verfahren, die im Folgenden kurz skizziert werden:

Motivierende Gesprächsführung

Die Förderung der Motivation zu einer Veränderung von Lebenssituation und Suchtmittelkonsum wird durch Edukation, Unterstützung und nicht direktives Vorgehen erreicht. Mit Hilfe der motivationalen Gesprächsführung werden die Ambivalenzen des Rehabilitanden angesprochen und bearbeitet.

Psychodynamische Auffassung

Nach psychodynamischer Auffassung ist Suchtmittelkonsum Ausdruck einer verfehlten Selbstmedikation des Abhängigen. Dieser reagiert mit Suchtmittelkonsum auf Missbefindlichkeiten, die er nicht anders bewältigen kann. Traumatisierungen in der frühen Kindheit- durch z. B. emotionale Vernachlässigung, sexuelle, psychische oder körperliche Gewalt - führen danach zu einer Sehnsucht nach Geborgenheit und Versorgung. Zugleich wird dieser Wunsch als Gefahr für Individuation und Autonomie abgelehnt. Das Suchtmittel bietet scheinbar einen Ausweg. Durch Nachreifung der Persönlichkeit in der Therapie sollen die bestehenden Ich-Defizite ausgeglichen werden. Als Voraussetzung dafür ist eine stabile Arbeitsbeziehung von Therapeut und Rehabilitand anzusehen.

Systemische Sichtweise

Die systemische Sichtweise spielt eine wichtige Rolle in unserem Suchtverständnis. Der abhängige Mensch hat mit seiner Suchterkrankung im System „Familie“ oft eine

zentrale, stabilisierende Rolle. Aus diesem Grunde ist die Einbeziehung von Angehörigen ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitationsmaßnahme. Für eine Entwöhnung des Abhängigen müssten sich dann die beteiligten Personen neue, weniger dysfunktionale Definitionen ihrer Rollen in der Beziehung erarbeiten.

4.2 Indikationen und Kontraindikationen

In der Fachklinik Nettetal werden männliche Rehabilitanden ab dem Alter von 18 Jahren behandelt, wenn sie nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 ein stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom (F 1x.2) und ggf. weitere psychiatrische Nebendiagnosen insbesondere auch stoffungebundene Abhängigkeiten bzw. Störungen der Impulskontrolle (F0-F9) aufweisen. Es wird ein suchtmittelübergreifender Behandlungsansatz verfolgt, der auch aktuelle Entwicklungen und Veränderungen des Konsumverhaltens der Rehabilitanden berücksichtigt. Der Rehabilitationsbedarf hängt dabei nicht ausschließlich von der ICD-Diagnose sondern von den mit der Erkrankung einhergehenden funktionalen Problemen (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)) ab. Dazu gehören z. B. Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens.

Zur Durchführung einer individualisierten Behandlung orientieren wir uns an einem selektiven Indikationsmodell, das sechs Bereiche differenziert:

- Persönliche Ressourcen und Defizite im Erleben und Verhalten
- Abhängigkeitsverhalten (Dauer und Ausprägung des Abhängigkeitssyndroms, Konsummuster, Abstinenzphasen)
- Medizinische Befundlage (Folge- und Begleiterkrankungen, Infektionserkrankungen)
- Berufliche Situation (Abschlüsse und Qualifikationen, Berufserfahrungen, Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeitszeiten)
- Soziale Stabilität (Kompetenzen, belastende Faktoren, psychosoziale Entwicklung und berufliche Anpassung bzw. Leistungsfähigkeit)
- Abstinenzmotivation, Einstellung zu den Behandlungszielen, zur Nachsorge und zur Selbsthilfe

Entscheidende Informationsquellen für die Überprüfung und ggf. Anpassung der Indikationsentscheidung sind

- die Vorbefunde und die aktuellen Befunde aus der medizinisch-psychiatrischen, psychologischen (Testergebnisse), psychosozialen und arbeitstherapeutischen Diagnostik einschließlich der BORA-Befunde (Assessments und Screenings)
- die Behandlungsziele, die der Rehabilitand selbst für entscheidend hält und seine Änderungsmotivation
- das auf seine Ziele hin orientierte Verhalten des Rehabilitanden während der Behandlung
- die Kooperation des Rehabilitanden während der Behandlung und seine persönlichen Ressourcen und Stärken

Das Therapieangebot der Fachklinik Nettetal ist darauf ausgerichtet, dass der Rehabilitand die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit erkennen lässt. Wenn auch krankheitstypisch eine absolute primäre Motivation nicht immer sofort zu erwarten ist, bedarf es einer Veränderungsbereitschaft und eines Leidensdrucks, der sich nicht ausschließlich auf externalisierte Umstände bezieht. Die Bereitschaft zur Eigenverantwortung ist neben dem Leidensdruck ein wesentlicher Motor für eine erfolgreiche Therapie und das Gelingen einer Wiedereingliederungsmaßnahme. Die Motivation zur Erhaltung bzw. Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit und die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der Berufs- und Arbeitsrealität der Rehabilitanden stellt unter den verschärften Bedingungen der Arbeitswelt ebenfalls ein bedeutsames Indikationskriterium dar.

4.3 Kontraindikationen

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Nettetal nicht Erfolg versprechend. Dazu gehören Rehabilitanden mit

- schweren somatischen Erkrankungen, deren Leistungsvermögen aufgehoben ist, so dass die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an der Rehabilitation nicht gegeben ist
- chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die in ihrer Selbstversorgung stark beeinträchtigt sind und einer dichten pflegerischen Betreuung bedürfen
- schweren psychischen Störungen, für die die schwerpunktmäßige gruppentherapeutische Behandlung eine andauernde Überforderung darstellt oder bei denen aufgrund der hirnganischen Beeinträchtigungen eine psychotherapeutische Behandlung nicht Erfolg versprechend ist.

4.4 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist nach § 26 SGB IX „Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhüten, um den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (Kursbuch Sozialmedizin, Deutscher Ärzteverlag, 2012).

Die konkreten Rehabilitationsziele sind aus den gesetzlichen Bestimmungen der Leistungsgesetzgebung (SGB VI) abgeleitet. Demnach gilt es mit Hilfe der in der Fachklinik Nettetal für Versicherte der DRV und der GKV vorgehaltenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die soziale Teilhabe und die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Die Aufnahme der Rehabilitanden in die Fachklinik Nettetal erfolgt nach stationärer bzw. ambulanter Entgiftung. Die abstinenten Lebensführung wird durch ein System hochfrequent angesetzter aber für den Rehabilitanden nicht kalkulierbarer Drogen- und Alkoholscreenings verifiziert. Im Falle des übergangsweisen Einsatzes von

Medikamenten zur Substitutionsbehandlung in den ersten Wochen wird die Beikonsumsfreiheit durch eine sehr häufige Abnahme und Untersuchung (Fremdlabor) von Körperflüssigkeiten dokumentiert und ggf. das vollständige Abdosieren des Substituts eingeleitet.

Nach Anamnese- und Befunderhebung auf den unterschiedlichen Ebenen (psychosozial, medizinisch, edukativ, Aktivität und Teilhabe) erfolgt die Erarbeitung des individuellen Rehabilitationsplans mit der zentralen Zielkomponente der umfassenden Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit und damit der Teilhabe im Beruf und in der Gesellschaft.

Der individuelle Rehabilitationsplan umfasst u.a.:

- Ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Beratung
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Teilnahme an indikativen und edukativen Gruppen
- Diagnostische sowie trainierende und übende Ergotherapie
- Ergotherapie/Arbeitstherapie in den u.g. Bereichen
- Teilnahme am Sport- und Gymnastikprogramm
- gerätegestützte Trainingstherapie nach ärztlicher Beratung unter physiotherapeutischer Anleitung
- Erprobung neuer Freizeitmöglichkeiten auch außerhalb der Fachklinik
- Reaktivierung der früher ausgeübten Freizeitbeschäftigung
- Angehörigengespräche
- Belastungserprobung im geschützten Rahmen der Fachklinik
- Belastungserprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Form von externen Praktika
- Berufliches Eingliederungsmanagement
- Einleitung von und Beratung zu (z.B. Rehafachberatung der DRV) Leistungen oder Maßnahmen nach Abschluss der stationären Rehabilitation (Arbeit, Medizin, Freizeit).
- Kontakte und Kooperationen mit externen Stellen (Arbeitsagentur, Arbeitgeber, Schuldnerberatung, Kliniken etc.)
- aktive Hinführung sowie Anbindung an die Selbsthilfe

Folgende Zielkomponenten finden dabei Berücksichtigung:

- vertiefte Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Rückfallprophylaxe
- Selbstmanagement
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Krisen- und Sinnfragen
- Hinführung zu einer Lebensstiländerung
- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Planung und Vorbereitung von anschließenden Leistungen und Maßnahmen wie Nachsorge und Selbsthilfeaktivitäten

4.5 Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungsdauer beträgt zwischen 8 und 26 Wochen, bei entsprechender Indikation kann eine integrierte Adaption von 12 bis 17 Wochen in Anspruch genommen werden. Etwaige Verlängerungen richten sich individuell nach dem aktuellen Erreichungsgrad der zu Beginn festgelegten Ziele und werden beim zuständigen Leistungsträger sozialmedizinisch und psychotherapeutisch entsprechend begründet, vom Rehabilitanden beantragt.

Im Rahmen der Kombibehandlung beträgt die Dauer für das erste stationäre Modul in der Regel 12-16 Wochen, Veränderungen der Moduldauer erfolgen sozialmedizinisch und psychotherapeutisch begründet in Absprache mit den Kolleg*innen der ambulanten Behandlungsstätte mittels Veränderung der prospektiven Therapieplanung.

4.6 Rehabilitationsverlauf

Die sozialmedizinische Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation hat nicht ausschließlich eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation und hier vor allem der beruflichen Situation des Rehabilitanden. Folgende Formen der Rehabilitation werden vorgehalten.

4.6.1 Entwöhnungsbehandlungen

Um Rehabilitanden von Suchtmitteln zu entwöhnen und damit eine langfristige berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten, müssen die Entstehungsfaktoren der vorliegenden Abhängigkeitserkrankung (im Zusammenspiel der Eckpunkte Person - Umwelt - Suchtmittel) und die Faktoren, die die Störung aufrecht erhalten bearbeitet und überwunden werden. Oft kommen hierbei so genannte komorbide Störungsbilder (zusätzliche psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und Traumafolgestörungen) hinzu. Die Fachklinik Nettetal bietet hierfür ein wissenschaftlich fundiertes Konzept mit den Behandlungsebenen Medizin, Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Psychoedukation, Ergo-/und Arbeitstherapie und Pädagogik und Rehapflege.

Die Entwöhnungsbehandlung wendet sich an Suchtmittelabhängige, die noch keine oder nur wenig Therapieerfahrung haben und die sich mit Hilfe einer stationären Behandlung neue Lebensperspektiven erarbeiten und sich somit längerfristig von Suchtmitteln und verhaltensbezogenen Störungen distanzieren wollen. Häufig bestehen multiple Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, die Teilhabe ist sowohl in beruflicher als auch in gesellschaftlicher Hinsicht erheblich beeinträchtigt.

Die Rehabilitanden benötigen Möglichkeiten der zurückreichenden Selbsterfahrung, um ein adäquates Krankheitsverständnis entwickeln zu können. Es wird Raum zum Erleben von Geborgenheit und Nähe zur Verfügung gestellt, um die zwischenmenschliche Interaktion zu fördern. Diese Grundlagen ermöglichen die

Wiederentdeckung oder Weiterentwicklung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten und die Erarbeitung einer individuellen, Sinn gebenden Zukunftsperspektive.

Folgende wesentliche therapeutische Vorgehensweisen in der Entwöhnung sind entscheidend:

- in der Gruppen- und Einzelpsychotherapie werden die individuellen Entstehungsbedingungen des süchtigen Verhaltens des Rehabilitanden erarbeitet
- ebenso werden dort die individuellen Problem- und Konsummuster erkannt, kritisch eingeschätzt und alternative Handlungsmuster erarbeitet
- in der Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird ein individuell gestalteter Umgang mit nicht bewältigten Traumata sowie deren Folgen in Form von Entwicklungsstörungen und –defiziten gemeinsam erarbeitet
- eine sinnvolle, d.h eine i.S. der angestrebten Teilhabeziele produktive Tagesstruktur wird von den Therapeuten angeleitet vom Rehabilitanden wieder erlangt
- das Trainieren von dazugehörigen Alltagsaktivitäten wird intensiv angeleitet und trainiert
- nach Möglichkeit und im Hinblick auf die oft geringen Vorkenntnisse in diesem Feld wird im Rahmen der Arbeits- und- Ergotherapie und auf der Grundlage der Bora-Zielgruppeneinteilung an berufliche Erfahrungen der Rehabilitanden angeknüpft
- zu einer aktiven und teilhabeunterstützenden Freizeitgestaltung wird (zu Beginn der Behandlung begleitet) angeleitet
- Angehörigen-, Familien- und Paargespräche werden bei entsprechender Indikation durchgeführt
- die klinische Sozialarbeit steht unterstützend bei der Klärung behördlicher, finanzieller und juristischer Angelegenheiten zur Verfügung
- Erarbeitung einer Erwerbsperspektive erfolgt auf der Grundlage der individuellen BORA-Zielgruppe
- eine dauerhafte Anbindung an Selbsthilfegruppen wird aktiv gefördert

4.6.2 Adaption

Die Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation im stationären Setting. Sie kann nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung, Rückfallbehandlung oder im Rahmen einer Kombi-Nord-Behandlung erfolgen. Sie ist vor Ort als interne Adaption konzipiert und befindet sich räumlich in einem separaten Gebäudeteil der FK Nettetal. Konzeptionell und inhaltlich ist sie ganz auf die konkrete Fortführung der Ergebnisse dessen ausgerichtet, was die Rehabilitanden, für die eine Adaptionsleistung indiziert ist, in der ersten stationären Phase der FK Nettetal für sich erarbeitet haben. bei entsprechender Indikation und in enger Rücksprache mit den beteiligten Institutionen Rehabilitanden in die hiesige Adaption aufzunehmen, die die erste Phase ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung anderswo durchlaufen haben.

Indikation:

- der Rehabilitand ist zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung ohne weitere stationäre rehabilitative Hilfen, insbesondere unter dem Aspekt der beruflichen Teilhabe, noch nicht in der Lage
- er verfügt nicht über ein ausreichend unterstützendes soziales Umfeld, eine stabilisierende Wohnsituation und ebenfalls nicht über einen Arbeitsplatz
- die Rehabilitanden, die die Adaptionphase in Anspruch nehmen, sind in der Regel mit einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung mit schweren psychosozialen Störungen belastet

Schon in der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung steht die mit unserem BORA-Konzept umgesetzte berufliche Teilhabe als Leitziel der medizinischen Rehabilitation im Fokus und ist dort in allen Behandlungsebenen v.a. in der Arbeitstherapie berücksichtigt worden. Die Erhebung einer ausführlichen Berufsanamnese und eines Arbeitsfähigkeitenprofils bilden dabei die Grundlage für den Einsatz in den vielfältigen Arbeitsbereichen der Fachklinik während der Entwöhnungsbehandlung. In der Adaptionphase kann auf diese bereits vorliegenden Befunde einschließlich der BORA-orientierten Ergebnisse zurückgegriffen werden und es werden zielorientiert interne und externe Belastungserprobungen etabliert.

Die Adaption stellt die letzte stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation dar und schließt nahtlos an die vorhergehende Entwöhnung an. Wesentliche Zielsetzungen sind die Prüfung der eigenen Stabilität und der angestrebten Perspektiven bei sukzessive sich erweiternder Eigenverantwortung. Das angestrebte Ergebnis dieser Rehabilitationsphase ist eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe. Die Rehabilitationsinhalte sind auf die zunehmend eigenständige Lebensgestaltung ausgerichtet.

Sie beinhalten

- Berufsberatung,
- Erwerb von Bewerbungskompetenzen
- Arbeitserprobungen und –praktika, Qualifizierungsmaßnahmen in geeigneten Betrieben und Unternehmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe
- Kooperationen mit Arbeitsagenturen, optierenden Kommunen und Jobcentern im Hinblick auf Wiedereingliederungsmaßnahmen und Integrationshilfen
- Vermittlung in verbandseigene Arbeitsmarkt orientierte Hilfen
- die Gestaltung von eigenaktiver Freizeit und Aufnahme von sozialen Kontakten außerhalb des therapeutischen Rahmens,
- die fortgesetzte Familien-, Paar- und Einzeltherapie bei entsprechender Indikation,
- das Training und die Erledigung üblicher Aktivitäten des Alltags

Diverse Betriebe, Einrichtungen und Unternehmen stehen den Rehabilitanden als externe Praktikumsgeber regelmäßig zur Verfügung-

Im Einzelfall werden auf die individuellen Erfordernisse eines geplanten beruflichen Wiedereinstiegs Explorationen auch bei Betrieben vorgenommen, die bisher noch nicht Praktikumsgeber waren.

Die externen Praktika werden durch das Adaptionsteam mit dem Rehabilitanden und dem Praktikumsbetrieb so vorbereitet, dass bei gegenseitiger Eignung und Neigung

eine weitergehende Erprobung bis hin zu einer Einstellung des Rehabilitanden bei der entsprechenden Firma als perspektivische Möglichkeit von Anfang an mitgedacht wird.

Externe Praktika finden arbeitstäglich entsprechend der Belastbarkeit der Rehabilitanden 4-8 Stunden regelhaft an vier Wochentagen statt. Werden externe Praktika absolviert, ist bei seiner Rückkehr sichergestellt, dass der Rehabilitand einen therapeutischen Mitarbeiter als Ansprechpartner in der Klinik vorfindet.

Da die Rehabilitanden sich im Anschluss an die Adaptionbehandlung in der Regel im Raum Osnabrück niederlassen, besteht auch eine enge Kooperation des Adaptionsteams der Fachklinik Nettetal mit der örtlichen Arbeitsverwaltung, der Agentur und den Dienststellen der Jobcenter, um auch damit die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu fördern. Die Anmeldung wird durch einen Mitarbeiter begleitet

4.6.3 Rückfallbehandlung

Das anhaltende oder plötzlich wieder auftretende Verlangen nach einer bestimmten Substanzwirkung (Craving) wird häufig als entscheidende motivationale Komponente des fortgesetzten Konsums oder der Rückfälligkeit nach Abstinenzzeiten angesehen. Die häufigsten Anlässe für Rückfälle sind nicht Überredung, Streit oder Zweifel an der Schwäche gegenüber dem Suchtmittel, sondern unangenehme Gefühle: Ärger, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Angst, Gereiztheit, Gekränktsein, unerklärliche Stimmungsschwankungen, Gefühle der Sinnlosigkeit und Leere, Anspannung und Nervosität. Rückfälle geschehen auch nicht zum größten Teil auf Festen oder in Lokalen, sondern zu Hause. Die Bewältigung von Rückfallsituationen beeinflusst die Prognose von Suchterkrankungen wesentlich. Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit der Rückfälligkeit ist eine differenzierte Ursachenanalyse, denn Rückfälle haben nicht nur sehr unterschiedliche Auslöser, sondern auch ganz verschiedene Verläufe.

Schwerpunkt der Behandlung ist die psychotherapeutische Aufarbeitung des Rückfallgeschehens und die Sicherung des erreichten Standes vor allem auch in beruflicher Hinsicht. Es werden Handlungsalternativen für Gefährdungssituationen erarbeitet und erprobt, nötigenfalls auch Kontakte mit dem Arbeitgeber oder mit Institutionen, die die berufliche Entwicklung des Versicherten unterstützen angesprochen, um zu kooperieren, vorausgesetzt der Rehabilitand gibt hierfür sein Einverständnis.

Neben der individuellen Aufarbeitung der Rückfälligkeit in der Einzel- und Gruppentherapie schafft auch die Indikationsgruppe „Rückfallprophylaxe“ Grundlagen für eine abstinenten Lebensweise. Inhalte sind:

- Vermittlung von Wissen über das Rückfallgeschehen
- Erfahrungsaustausch persönlicher Rückfallerfahrungen
- Analyse von Rückfallverläufen nach Marlatt und Gordon
- Erkennen von Risikosituationen und Erarbeiten von Lösungsstrategien
- Trinkverlangen, Suchtdruck, Ablehnen von Trinkaufforderungen
- Alkohol in Speisen
- Grundlegende Verhaltensweisen als Abstinenzler/ Netzwerkorientierung
- Grundlagen der Psychohygiene
- Abstinenzkarte, Notfallpass, Abstinenzkreditkarte: praktische Möglichkeiten der Neuorientierung und Krisenprophylaxe

4.6.4 Wiederholungsbearhandlungen

Wird ein ehemaliger Rehabilitand der Fachklinik Nettetal erst einige Zeit nach seiner regulären Entlassung aus der Fachklinik Nettetal rückfällig, ist es ebenfalls sinnvoll, ihn im Rahmen einer Wiederholungsbearhandlung erneut in der Fachklinik Nettetal aufzunehmen. Er kann nach vorangegangener Beratung einen entsprechenden Antrag bei seinem zuständigen Leistungsträger stellen. Schon dabei ist auf eine flexibel verkürzte Behandlungsdauer hinzuweisen, die sich daraus ergibt, dass bei diesen Rehabilitanden wesentliche Aspekte der Lebens-, Krankheits- und Erwerbsgeschichte bekannt sind und nicht erneut erarbeitet werden müssen. Ebenso ist ein Krankheitsverständnis vorhanden, das lediglich aktualisiert und neu basiert werden muss, vor allem auf dem Hintergrund des jüngsten Rückfallgeschehens. Der Bora-Status muss ebenso überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden. Dabei sind die beruflichen Erfahrungen und Erlebnisse des Rehabilitanden genau zu erheben und bei den psychotherapeutischen und sonstigen rehabilitativen Interventionen zu berücksichtigen.

Auch die Wiederholungsbearhandlung ist in der Regel signifikant kürzer als die Erstbearhandlung. Sie dauert gewöhnlich 12-16 Wochen und wird ebenfalls so rasch wie möglich in eine poststationäre Behandlungsform übergeleitet.

Bei einem schwerwiegenden Rückfallgeschehen nach einer bereits erfolgreich absolvierten stationären Leistung zur Rehabilitation, die im stationären Setting mustergültig verlief und nach der der Versicherte mit guter Prognose entlassen wurde, ist oft auch eine Kombi-Nord-Bearhandlung indiziert.

4.6.5 Kombinationsbearhandlungen

Kombinationsmodelle erlauben eine stärkere Flexibilisierung der Behandlung über Variationen der Dauer und der Leistungsform. Der Bedarf kann am einzelnen Rehabilitanden orientiert angeboten werden.

Die Kombinationsbearhandlung für Abhängigkeitskranke in Norddeutschland, kurz - Kombi-Nord - der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover, Oldenburg Bremen und Nord verknüpft die Vorteile von ambulanter, ganztätig ambulanter und stationärer Behandlung suchtkranker Menschen. Kombi-Nord versteht sich als nahtlose Behandlung in Einrichtungen mit aufeinander abgestimmten Therapiekonzepten, wohnortnah mit der Möglichkeit Angehörige, Arbeitgeber, kommunale Arbeitsvermittlungen und Selbsthilfegruppen mit einzubeziehen. Die Therapie kann bis zu 52 Wochen bei Alkoholabhängigkeit bzw. 78 Wochen bei Drogenabhängigkeit dauern und setzt sich aus verschiedenen Behandlungsabschnitten zusammen, die nach den persönlichen Bedürfnissen der Rehabilitanden und therapeutischen Erfordernissen frei kombinierbar sind. Die Kombi-Nord-Bearhandlung bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen im regionalen Behandlungsverbund ist indiziert bei Rehabilitanden, bei denen die ambulante Rehabilitation allein für einen dauerhaften Behandlungserfolg nicht ausreicht, deren Rehabilitationsziele jedoch während eines verkürzten stationären Aufenthaltes so aufgearbeitet werden, dass sie anschließend im ambulanten Rahmen weitergeführt werden können.

Die Entscheidung, ob der Rehabilitand an der Kombinationsbearhandlung, an einer stationären Behandlung oder an einer ambulanten Rehabilitation teilnimmt, wird je nach Indikationsstellung gemeinsam mit dem Rehabilitanden im diagnostischen

Prozess entwickelt. Die Vorbereitung hierzu und die Entwicklung des Behandlungsauftrages finden in der Beratungsstelle statt und sind von individueller Dauer.

Bei der Beantragung von Kombi-Nord wird eine vorläufige Behandlungsplanung aufgestellt. Sie gilt als Richtschnur für die gesamte Therapie, kann aber bei Bedarf im Laufe der Behandlung verändert werden. Ein Fallbegleiter, der Ablaufcontroller, steht während des gesamten Behandlungszeitraums als Ansprechpartner für die Organisation und Verwaltung des Therapieablaufs zur Verfügung. Beim Wechsel in die nächste Behandlungsform erfolgt ein Übergabegespräch, an dem die behandelnden Therapeuten und der Rehabilitand beteiligt sind. Im Rahmen dieser Übergabegespräche wird der bisherige Behandlungsverlauf gemeinsam bewertet und die weitere Planung vorgenommen. Durch die Teilnahme an einer ambulanten Behandlungsgruppe (Behandlungserprobungsgruppe) kann der Rehabilitand schon während des stationären Behandlungsabschnittes Kontakt zur ambulanten Einrichtung aufnehmen

In der stationären Rehabilitationsphase, im schützenden Rahmen der Klinik findet der Rehabilitand Abstand von einem oft belastenden und destabilisierenden Alltag, dazu die Möglichkeit, Klarheit über sich und seine Situation zu gewinnen. Er kann sich hier psychisch stabilisieren und sich intensiv mit der Abhängigkeitserkrankung (seelisch/körperliche Abhängigkeit, chronischer Verlauf, Kontrollverlust und folgenden Notwendigkeiten der Abstinenz) im Rahmen von themenzentrierten Gruppen auseinandersetzen. Im Kontakt mit Mitrehabilitanden kann er soziale Fertigkeiten wieder entwickeln. Die Klinik schreibt die Diagnose fort bzw. ergänzt sie in den Bereichen Sozialmedizin, Psychodynamik und Arbeit, Kommunikation und Freizeitverhalten. Der Rehabilitationsplan wird auf der Grundlage der fortgeschriebenen Diagnostik ständig überprüft, ggf. modifiziert und regelmäßig an die Entwicklung des Rehabilitanden angepasst.

In der ambulanten Rehabilitationsphase wird die therapeutische Arbeit fortgesetzt durch eine intensive Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz im Alltag, bei der Fortführung der Erwerbstätigkeit, durch die Einbeziehung des Familiensystems und der Alltagsrealität etc. In der ambulanten Phase wird der Vorteil genutzt, dass Angehörige rasch einbezogen werden und Probleme eher dort gelöst werden sollten, wo sie entstehen.

4.6.6 Ambulante Weiterbehandlung

Die Fachklinik Nettetal ist von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover als ambulante Weiterbehandlungsstätte anerkannt. Neben den medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Weiterbehandlung muss

- der Rehabilitand über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen,
- der Rehabilitand die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) erreichen können,
- das soziale Umfeld (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion haben,
- eine stabile Wohnsituation vorhanden sein,
- erkennbar sein, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Rehabilitationsplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist,

- der abhängigkeitskranke Mensch bereit und in der Lage sein, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Rehabilitationsprogramm regelmäßig teilzunehmen.

Eine ambulante Weiterbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen ist vor allem indiziert, wenn folgende Aspekte und Zielsetzungen berücksichtigt werden:

- berufsbegleitende Rehabilitation bei vorhandenem Arbeitsplatz,
- Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation,
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahem Training und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess und/oder
- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels.

Grundlegendes Rehabilitationsziel im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung ist die Verbesserung des Leistungsvermögens sowie der psychischen, körperlichen und sozialen Stabilität und die dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben und am sozialen Leben.

Zu Beginn der Behandlung werden die Ziele auf den Einzelfall abgestimmt und in einem individuellen Behandlungsplan unter Beteiligung des Rehabilitanden festgelegt. Eine Rehabilitationsvereinbarung wird mit dem Rehabilitanden getroffen. Bei der Durchführung der therapeutischen Gruppengespräche liegt die maximale Teilnehmerzahl für Drogenabhängige bei 8 Rehabilitanden.

Die Ambulante Weiterbehandlung wird im Sinne einer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation in der Fachklinik durchgeführt. Sie umfasst in der Regel 20 Einheiten.

Die wesentlichen Elemente sind:

- Therapeutische Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Teilnahme an Manual-gestützten Indikationsgruppen (entsprechend der Behandlungsplanung)
- Einbeziehung von Bezugspersonen
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft
- Kontaktherstellung und Vermittlung in Selbsthilfe.

4.7. Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm orientiert sich an dem folgenden Wochenplan. Die Rehabilitation in der Fachklinik Nettetal ist an den spezifischen Themen der Substanzgebrauchsstörung und ihrer Folgen orientiert, richtet sich aber auch individuell nach der Situation des Einzelnen.

#	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:00	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag	Start in den Tag		
7:15	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
8:00	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation	Tagesorganisation "Gruppe Infektionsschutzgesetz"		
8:15	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung	Zimmerreinigung		
8:45	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung	Hausreinigung		
9:30	A1 Hausgruppe, A2/CJ ETAT, B1 Hausgruppe	Stressbewältigung, Testdiag-nostik, Arbeitsdiag-nostik	Nordic-Walking, Mannschaf-sport, Lehn-küche, Bewer-bungstraining	Freizeit-kompe-tenztraining, Basis-wis-sen, Sucht & Thera-pie	A11 Hausgruppe, B1 Hausgruppe, A2/CJ ETAT	9:30-Frühstück	10:00-Frühstück
11:00	A2 Hausgruppe, CJ Hausgruppe, A1B1 ETAT	Sicher-heit-finder-training, Affekt-regulä-tions-training	Rücken-schule	ETAT	A2 Hausgruppe, CJ Hausgruppe, A1B1 ETAT	10:15 Zimmer- und-Hausreinigung	Ab 10:30 Möglichkeit zum Kirchgang, Hausregene-Sauna
12:30	Mittagsessen/-pause	Mittagsessen/-pause	Mittagsessen/-pause	Mittagsessen/-pause	Mittagsessen/-pause		
13:30	Cannabis-seminar, ETAT	Spielergruppe, ETAT	Erstaid-nuost-strä-ling, Mantis-sport, Indoor-Cycling	ET/AT, Arbeitsdiag-nostik	ETAT, Adaptions-gruppe	13:00--13:30-Mittagsessen	13:00--13:30-Mittagsessen
15:00	Pause	Abteilungskonferenz	15:15-Uhr-Plenum	Abteilungskonferenz	Pause		
15:30-17:00	Laufgruppe, ETAT	ETAT	Psychose und Sucht Bewältigungs-gruppe, GSK	Bewer-bungs-training, Ernäh-rungs-beratung	Arbeitsbesprechung		
17:30	Ausgänge bis zur-Nachtruhe	Ausgänge bis zur-Nachtruhe	Ausgänge bis zur-Nachtruhe	Ausgänge bis zur-Nachtruhe	Ausgänge bis zur-Nachtruhe		
18:00	Abdessa	Abdessa	Abdessa	Abdessa	Abdessa		
19:00	Schwimmen	Schwimmen	Sauna	Sauna	Sauna		
20:00	Interne-Aktivität 20:00 bis 22:00	Bewer-bungstraining einzei-l Vorstellu SHG	Interne-Aktivität 20:00 bis 22:00	Interne-Aktivität 20:00 bis 22:00, Indikation PC-Kurs			
23:00	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe		

→ Fachärztliche Sprechstunde täglich 8.00-10.00 Uhr und nach Vereinbarung · Einzeltherapie nach Vereinbarung · Paar-Familientherapie nach Vereinbarung

→ AT=Arbeitstherapie · GSK=Gruppentraining · sozialer Kompetenzen, SHG = Selbsthilfegruppen

→ Tägl. ab 17.00 Uhr: Kommen, Angehörige und Bekannte unter der Nr. 054140892-14 auf dem Rehabilitandentelefon anrufen. Handys sind in der Freizeit nutzbar.

Darüber hinaus ergeben sich nach individueller Indikation unterschiedliche Rehabilitationsschwerpunkte:

4.7.1 Cannabisbehandlung

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in westlichen Industrienationen (Hall et al. 1999, Kokkevi et al. 2007, SAMHSA 2003). In epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass sich der Konsum von Cannabis auch im deutschsprachigen Raum den Verhältnissen in Hochkonsumländern wie Australien und Teilen der USA mehr und mehr annähert (Bonnet & Hölscher 2006). In Deutschland ist Cannabis das nach Alkohol und Nikotin am häufigsten konsumierte Rauschmittel und die am weitesten verbreitete illegale Droge (BZgA 2006). Ca. 12,5 Millionen Menschen in Deutschland haben Erfahrung mit Cannabis (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2005). Das ist jeder vierte Erwachsene bzw. jeder siebte Jugendliche.

Bei einem Teil dieser cannabisabhängigen Menschen besteht die Notwendigkeit einer Wiederherstellung oder wesentlichen Besserung der Funktionsfähigkeit auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe, insbesondere der beruflichen Teilhabe, d. h. sie bedürfen einer spezifischen Rehabilitation.

Die alleinige Cannabisabhängigkeit wird überwiegend ambulant behandelt. Es gibt allerdings einige Kriterien, die zumindest phasenweise eine stationäre Behandlung sinnvoll erscheinen lassen. Dazu gehören:

- Kombination mit anderen psychotropen Substanzen
- schwere komorbide Störungen
- wiederkehrende Rückfallgefährdung
- Ausprägung des Entzugssyndroms
- Schwere der Folgeschäden

Auf der Grundlage von modularen Kombinationsbehandlungen ist ein stationäres Modul indiziert, wenn sich die Beeinträchtigungen v.a. auf die Ebene der psychischen Funktionen, der alltagsrelevanten Kontextfaktoren und die alltagsrelevante Aktivitäten und Teilhabe bezieht. Diese Rehabilitanden haben ihr Umfeld trotz isoliertem Cannabiskonsum im Drogenmilieu gesucht, eine soziale Unterstützung durch eine Familie oder einen Freundeskreis ist allenfalls ansatzweise gegeben. Es fand eine Identifikation mit den Gepflogenheiten und der Atmosphäre im Drogenmilieu statt.

Das Rehabilitandenseminar Cannabis ist der zentrale suchtspezifische Baustein des zielgruppenspezifischen Angebotes für Cannabis-Konsumenten. Die empfohlenen Kurzinterventionen bestehen aus einer Kombination von motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltens-therapeutischen Elementen und individueller Beratung im Sinne eines Case Managements (Empfehlungsklasse A). Oberstes Ziel für diese Zielgruppe ist die langfristige Stabilisierung der Cannabisabstinenz bzw. eine deutliche Reduktion des Cannabiskonsums. Dazu werden für die Rehabilitanden jeweils individuelle Ziele und Behandlungsschwerpunkte formuliert, die das Oberziel unterstützen. Edukative Einheiten und gruppenspezifische Einheiten ergänzen das therapeutische Vorgehen. Das Rehabilitandenseminar Cannabis wird wöchentlich in 90-minütiger Gruppensitzung oder in regelmäßigen Einzelgesprächen durchgeführt.

Insgesamt zielt die Behandlung darauf ab, in einem zeitlich begrenzten stationären Rahmen wesentliche Grundlagen zur Wiedererlangung oder Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe und zur Nutzung längerfristiger ambulanter Rehabilitationsangebote zu legen.

4.7.2 Rehabilitation unter Substitution

Die Substitution mit Methadon/Levomethadon hat sich Mitte der 90er Jahre in der ambulanten medizinischen Regelversorgung etabliert. Für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hingegen bestand die Forderung nach Abstinenz bereits vor Antritt der Therapie. Es zeigte sich jedoch, dass ein großer Teil der substituierten Rehabilitanden (ca. 80 % der opioidabhängigen Menschen in Deutschland werden substituiert) auf diesem Wege eine hinreichende Therapiemotivation nicht zu erreichen vermochte. Viele Betroffene waren mit dem Tempo einer Herabdosierung unter den Bedingungen einer stationären Entgiftungsbehandlung von selten mehr als 3 Wochen Dauer überfordert. Eine längere Abdosierungsdauer wie sie die stationäre Rehabilitation Drogenabhängiger bietet birgt jedoch die Chance verringerter Entzugssymptomatik und die einer Stabilisierung wesentlicher Teilhabekompetenzen für den beruflichen Wiedereinstieg der Rehabilitanden.

Es werden Rehabilitanden aufgenommen, die manifest opiatabhängig sind und nach ausreichender Vorbereitung mindestens 6 Wochen vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung beigebrauchsfrei gelebt haben und erforderlichenfalls vorher teilentgiftet wurden. Der Nachweis darüber wird den eingereichten ärztlichen Unterlagen aus der Entzugsbehandlung oder aus dem Arztbericht im Antragsverfahren oder aus dem Befundbericht der substituierenden niedergelassenen Ärzte entnommen. Bei der Aufnahme in der FK Nettetal wird diesbezüglich ein Screening vorgenommen und ausgewertet.

Die substitutionsgestützte Behandlung bei manifester Opiatabhängigkeit ist vor allem dann indiziert, wenn sie im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung der Suchterkrankung bietet. Das langfristige Ziel ist die Substitutfreiheit, die allerdings nicht in jedem Fall unmittelbar und zeitnah zu erreichen ist.

Folgende Zielgruppen werden angesprochen:

- Substituierte, die im Verlauf der ambulanten Behandlung eine gute Motivation und Compliance gezeigt haben, jedoch aufgrund fehlender sozialer Ressourcen, psychosozialer Entwicklungsdefizite und/oder hoher Belastungen durch biographische Konfliktkonstellationen das Ziel der Teilhabe nicht erfolgreich verwirklichen können.
- Substituierte mit komorbiden psychiatrischen Störungen, bei denen eine stationäre Rehabilitation indiziert ist zur Lösung aus dem pathogenen Umfeld, zur Distanzierung vom drogenkonsumierenden Milieu, zur Stabilisierung der Beikonsumsfreiheit und langfristig auch zum Abdosieren des Substituts.
- Substituierte mit somatischen Begleiterkrankungen oder Suchtfolgeerkrankungen, bei denen ein Abdosieren des Substituts vor Antritt der Rehabilitation nicht indiziert ist bzw. eine zusätzliche Belastung vermieden werden soll.

Die Aufnahme erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Einstellung auf eine stabile Dosis des Substitutionsmittels wurde im Rahmen der vorausgegangenen Substitutionsbehandlung durchgeführt und abgeschlossen
- Im Rahmen der ambulanten Substitutionsbehandlung ist nachweislich Begebrauchsfreiheit erzielt worden
- Eine ggf. erforderliche Teilentgiftung wurde erfolgreich abgeschlossen

Die substitutionsgestützte Behandlung erfolgt integriert im Rahmen des Rehabilitationsprogramms auf der Grundlage der Regelung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV), der „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) sowie der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ in der jeweils gültigen Fassung.

Im Einzelfall werden Rehabilitanden mit einer stabilen Erhaltungsdosis des Substitutionsmedikaments entlassen und die Substitution bei einem niedergelassenen Arzt fortgeführt. Hierbei erfolgt eine sehr sorgfältige Vorbereitung des Rehabilitanden einschließlich der konsiliarischen Kommunikation mit dem nachbehandelnden Arzt.

Es liegen viele Jahre klinische Erfahrung mit Substitutionsmedikamenten (Methadon, Levomethadon und Buprenorphin) in der Fachklinik Nettetal vor. Langjährig substituierte Rehabilitanden bleiben mit einer Erhaltungsdosis im Anschluss an die Rehabilitation in der Regel sehr stabil und sind auch unter dieser Bedingung ohne jede Einschränkung vollschichtig erwerbsfähig, wie mittlerweile auch sehr viele Studien gezeigt haben.

4.7.3 Komorbide psychische Störungen

„Komorbidität“ wird als zeitlich gemeinsames Auftreten von verschiedenen Störungen bei einem Rehabilitanden definiert. Eine hohe Komorbidität verschiedener Diagnosen (ICD 10, DSM 5) aus der Gruppe der Substanzabhängigkeitsstörungen wird in klinischen Stichproben sowie in Stichproben der Allgemeinbevölkerung regelhaft beobachtet.

In der Regel ist erst in der Beobachtung des Krankheitsverlaufs die Unterscheidung zwischen substanzinduzierten psychiatrischen Störungen und psychiatrischer Störungen substanzunabhängiger Genese möglich.

Epidemiologische Erhebungen legen enge Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und Alkoholismus sowie Abhängigkeit und Missbrauch von anderen Substanzen nahe. In der ECA-Studie war das Risiko für Alkoholabhängigkeit bei Probanden mit Schizophrenie um den Faktor 3,8 höher als in der Allgemeinbevölkerung, und das Risiko für andere Substanzabhängigkeiten war um den Faktor 4,2 erhöht.

Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität (75-90%) u.a. mit Angststörungen, Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, aber auch schizophrenen Störungen, hirnorganischen Erkrankungen sowie mit fast allen Persönlichkeitsstörungen auf. Die Frage, ob bei diesen komorbid vorkommenden die Depression primär oder erst in Folge der anderen Erkrankung auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten.

Befragt man Probanden retrospektiv, dann erhält man in der Mehrzahl (zwischen 60-80%) die Antwort, dass die Depression den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgte.

Bei der bipolaren Störung besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Alkoholabhängigkeit mit weiteren negativen Folgen (4). Besonders bei früh beginnenden Bipolar I Störungen führt die Alkoholabhängigkeit zu deutlich schwereren Verläufen, verlängerter Episodendauer, erhöhtem Gewaltpotential der Rehabilitanden und erhöhter Suizidrate. Die Compliance und insgesamt die Therapierbarkeit sind deutlich schlechter als bei Rehabilitanden mit bipolarer Störung ohne komorbide Alkoholabhängigkeit.

Auch die Kokainabhängigkeit ist häufig mit einer affektiven Störung assoziiert. In mehreren amerikanischen Studien fand sich bei annähernd 50% der Rehabilitanden, die sich wegen ihrer Kokainabhängigkeit in Behandlung begaben, eine unipolare depressive Störung, eine bipolare Störung wurde bei 20% der Rehabilitanden gefunden.

Der Zusammenhang zwischen Angststörungen und Suchterkrankungen ist komplex und macht die Diagnose wegen überlappender Symptome schwierig. Bei Alkoholkrankheit wird die Selbstmedikationshypothese favorisiert. V.a. bei unerfahrenen Cannabiskonsumern werden durch das Suchtmittel hervorgerufene Panikattacken diskutiert. Im Hinblick auf die Medikamentenabhängigkeit von Sedativa/Hypnotika wird angenommen, dass einerseits Medikamentenabhängige ihr Medikament ursprünglich im Sinne einer Selbstmedikation gegen die Grunderkrankung eingenommen haben, andererseits kann die Medikamentenabhängigkeit ihrerseits weitere Krankheiten in Gang setzen.

In klinischen Studien von Substanzabhängigen erfüllen 24-32% die Kriterien einer ADHS, in Stichproben von ADHS betroffenen Erwachsenen fallen bis zu 50% durch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit auf. Dabei durchlaufen ADHS-Rehabilitanden die so genannten Meilensteine der Suchtentwicklung (Dosissteigerung und Toleranzentwicklung, fortgesetzter Konsum trotz negativer physischer, psychischer und sozialer Folgen) mit einem höheren Tempo.

Von den Persönlichkeitsstörungen weist die antisoziale die engste Beziehung zu Alkoholismus und anderen Substanzmissbrauchsstörungen auf, besonders bei Männern. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen ist das Risiko für Alkoholismus bei antisozialer Persönlichkeitsstörung um den Faktor 21,0, für Drogenmissbrauch um den Faktor 13,4 erhöht. In einer Studie an Opiatabhängigen erfüllten 34,8% der Probanden die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die antisoziale Persönlichkeitsstörung kam mit 25,1% am häufigsten vor.

Das Risiko für Alkohol- und Kokainmissbrauch ist auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung erhöht. Familiäre Risikofaktoren aber auch die Überlappung der diagnostischen Kriterien (eines der diagnostischen Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist langfristiger Substanzmissbrauch) werden diskutiert.

Die Biographien suchtkranker Menschen sind häufig von traumatischen Lebensereignissen bzw. Lebensumständen geprägt. In diversen wissenschaftlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich traumatische Erfahrungen bzw. daraus resultierende psychische Beeinträchtigungen und Substanzkonsum bei vielen Betroffenen in komplexer Weise wechselseitig bedingen und aufrechterhalten.

Insgesamt lässt sich somit feststellen, dass exzessives Vorkommen von komorbiden Störungen bei Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit in vielen klinischen und epidemiologischen Erhebungen dargestellt werden konnte. Die Erkennung und sorgfältige Klassifikation der komorbiden Störungen und die integrative Behandlung sind Grundlage für die individuellen Therapieangebote und Rehabilitationspläne. Besondere Indikationsschwerpunkte bestehen für die Bereiche Psychose und Sucht und Trauma und Sucht.

Rehabilitanden mit einer oder mehreren dieser komorbiden Störungen bekommen eine spezielle, auf diese Störungsbilder abgestimmte Gruppentherapie (in einer Kleingruppe) und gesonderte ärztliche Psychotherapie. Die Fachklinik hält für diese Rehabilitanden eigens hierfür konzipierte Psychoedukationskonzepte vor, die mit den betroffenen Rehabilitanden durchgearbeitet werden. Erforderlichenfalls erfolgt parallel hierzu eine medikamentös unterstützende Behandlung.

Psychose und Sucht

Seit Anfang 2000 besteht in der Region Osnabrück der Rehabilitationsverbund „Psychose und Sucht“ bei dem es sich um ein spezielles integratives Behandlungs- und Rehabilitationsangebot für Menschen mit psychischer Erkrankung und einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung handelt. Rehabilitanden mit dieser Doppelbelastung können eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer hierfür geeigneten Fachklinik beantragen. Die Fachklinik Nettetal verfügt über gute klinische Erfahrungen mit der medizinischen Rehabilitation von Rehabilitanden die abhängigkeitskrank und mit psychotischen Störungen belastet sind. Die Erwerbsfähigkeit dieser Rehabilitandengruppe kann mit dem hier vorgehaltenen Behandlungsangebot nachhaltig stabilisiert bzw. gebessert werden.

Wenn Rehabilitanden mit dieser Doppelbelastung einen Antrag stellen mit dem Hinweis die beantragte Leistung in der Fachklinik Nettetal durchführen zu wollen, geht der Antrag zunächst an das eigens dafür gebildete „Clearingteam“, das dann aufgrund seiner klinischen Einschätzung der Rehabilitationsprognose eine Empfehlung für die indizierte Form der Reha-Leistung ausspricht.

Clearingteam

Die Kooperationspartner des Rehabilitationsverbundes treffen sich regelmäßig zum Case-Management (AMEOS Klinikum Osnabrück, ZRE Osnabrück GmbH, Reha-Zentrum am Hesselkamp). Nach Sichtung der Antragsunterlagen und ausführlicher Begutachtung erfolgt je nach individuellem Problemschwerpunkt die Zuweisungsempfehlung für den zuständigen Leistungsträger und damit nach dessen endgültiger Entscheidung für die Durchführung der medizinischen Rehabilitationsleistung in der Fachklinik Nettetal oder im ZRE Osnabrück GmbH, Reha-Zentrum am Hesselkamp (Einrichtung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker RPK) in Osnabrück.

Akutbehandlung/ Krisenintervention

Das AMEOS Klinikum Osnabrück steht vor der stationären Reha-Maßnahme zur stationären Akutbehandlung und zur umfassenden stationären Diagnostik und bei

Bedarf während der Reha-Maßnahme zur Krisenintervention zur Verfügung. Die Behandlungsdauer für diesen Personenkreis kann bis zu 52 Wochen betragen. Für von Psychosen belastete Rehabilitanden stehen räumliche Rückzugsmöglichkeiten bereit, in denen sie vor einer zu hohen kommunikativen Interventionsbelastung geschützt sind.

Trauma und Sucht

Die Biographien suchtkranker Menschen sind häufig von traumatischen Lebensereignissen bzw. Lebensumständen geprägt. In diversen wissenschaftlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich traumatische Erfahrungen bzw. daraus resultierende psychische Beeinträchtigungen und Substanzkonsum bei vielen Betroffenen in komplexer Weise wechselseitig bedingen und aufrechterhalten.

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich nach ICD 10 um eine verzögerte (protrahierte) Reaktion auf belastende Ereignisse oder außergewöhnliche Situationen. Die Störung und dessen Ausmaß werden nicht allein durch das Trauma an sich definiert, sondern auch durch die subjektive Reaktion, Risikofaktoren und Ressourcen bei dem Betroffenen, die eine individuell sehr unterschiedliche Verarbeitungsfähigkeit nach sich ziehen. Die Störung kann einen derart chronischen Verlauf nehmen, dass es zu einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur kommt. Diese ist nicht durch eine verstärkte Ausprägung primärer Persönlichkeitszüge charakterisiert, sondern durch das Auftreten neuer Symptome (feindliche und misstrauische Haltung, sozialer Rückzug, Entfremdung, Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronische Nervosität wie bei ständiger Bedrohung). Eine Metaanalyse von van Erren und Taylor (1998) hat zeigen können, dass sich durch Elemente der traumazentrierten Fachberatung Behandlungsergebnisse verbessern lassen. Auch neuere Untersuchungen, wie beispielsweise die Multicenterstudie des NSF (2004), weisen darauf hin, dass eine integrierte Traumabearbeitung in der Behandlung von suchtmittelabhängigen Rehabilitanden, von denen bis zu 40% eine entsprechende Störung aufweisen, unerlässlich ist.

Die Fachklinik Nettetal hält Elemente der traumazentrierten Fachberatung sowie des Therapiemanuals „Sicherheit finden“ für die Behandlung im gruppen- und einzeltherapeutischen Setting bereit. Die narrative Expositionstherapie (NET) kommt im Einzelfall als Traumabearbeitungsverfahren zur Anwendung.

4.7.4 Mitbehandlung somatischer Begleiterkrankungen

Viele suchtkranke Menschen leiden zusätzlich unter somatischen Begleiterkrankungen, die im Hinblick auf die Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe der besonderen Berücksichtigung bedürfen. Diese Erkrankungen können sowohl einen die Suchterkrankung aufrechterhaltenden Faktor darstellen als auch Folge der Suchterkrankung sein.

Häufig bestehen zusätzliche orthopädische Erkrankungen oder chronische Schmerzsyndrome. Gerade von Suchtmitteln abhängige Menschen haben in ihrer prämorbidem Persönlichkeit einen hohen Leistungsanspruch. Sie konsumieren Suchtmittel, um sich den Erfordernissen und Erwartungen der Gesellschaft besser anzupassen oder um leistungsfähiger zu sein. Zunächst werden bestehende oder sich entwickelnde Beschwerden und Schmerzen mit dem Suchtmittel „betäubt“. Im

weiteren Verlauf der Suchterkrankung mit Toleranzentwicklung und Dosissteigerung kommt es dann zur Abnahme des Leistungsvermögens, psychischer Missstimmung und „Burn out“. In dieser depressiven Verfassung werden die Beschwerden und Schmerzen verstärkt wahrgenommen, was wiederum im Sinne eines Circulus vitiosus zu erhöhtem Suchtmittelkonsum führt. Die häufig chronifizierten und über längere Zeiten nicht adäquat behandelten Störungen sind auch von besonderer sozialmedizinischer Relevanz.

In internistischer Hinsicht stellen insbesondere Lebererkrankungen in Form von Hepatitiden und/oder Leberzirrhosen häufige Begleiterkrankungen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dar. Die Realisierung dieser Erkrankungen von Seiten der Rehabilitanden erfolgt häufig erst nach längerer Abstinenz. Die beeinträchtigte körperliche Leistungsfähigkeit, Ängste hinsichtlich einer eingeschränkten Lebenserwartung, die Belastung für die Partnerschaft u.v.m. können zu psychischen Krisen und erhöhter Rückfallgefährdung führen.

Neurologische Störungen, insbesondere Krampfanfälle und Polyneuropathien, stellen Entzugskomplikationen bzw. bei entsprechender Vulnerabilität längerfristige Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums dar. Der mit einem cerebralen Krampfanfall einhergehende Kontrollverlust wird von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen häufig als zusätzliches Versagen erlebt. Gefühlsstörungen, Kribbelempfindungen und stechende Schmerzen im Rahmen der Polyneuropathie werden als zusätzliche „Behinderung“ und nicht selten auch als Bestrafung für den ungesunden Lebenswandel empfunden.

Die somatischen Begleiterkrankungen finden bei der Formulierung der Rehabilitationsziele und der Erstellung des Rehabilitationsplans regelhaft Berücksichtigung. Die Psychotherapie fokussiert in diesen Fällen darauf, die Erwartungen der Rehabilitanden an ihre körperliche Leistungsfähigkeit auf ein realistisches Maß zu bringen und das Bewusstsein für die eigenen Ressourcen zu verbessern. Psychoedukative Therapieeinheiten vermitteln Informationen über die jeweilige Erkrankung und schulen einen alternativen Umgang mit Schmerzen und Beeinträchtigungen. Durch Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken ist die jeweils indizierte fachärztliche Versorgung und Mitbehandlung inklusive einer spezifischen medikamentösen Therapie gewährleistet. Massagen, physiotherapeutische Maßnahmen, Kraft- und Fitnesstraining, Rückenschule, Entspannungstherapien fördern die zunehmende Aktivierung der Rehabilitanden, Ziel ist ein weitgehend eigenverantwortlicher Umgang mit den individuell erarbeiteten Bewältigungsstrategien.

4.8 Rehabilitationselemente

In der Fachklinik Nettetal erfolgt die Planung und Durchführung der medizinischen Rehabilitation in einem multiprofessionellen Team und fachärztlicher Leitung und Verantwortung.

Die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit sind ein zentraler Faktor der beruflichen und sozialen Teilhabe. Durch den anhaltenden Konsum von Suchtmitteln sind die physischen und psychischen Ressourcen und Funktionen der Rehabilitanden beeinträchtigt und die Fähigkeiten zu einem gesunden und körperlich aktiven Lebensstil nicht oder nicht mehr verfügbar. Im Sinne eines

dichotomen Ansatzes werden auf der einen Seite bewegungstherapeutische und auf der anderen Seite entspannungsfördernde Verfahren zum Einsatz gebracht, um eine ausgewogene und nachhaltige physische Leistungssteigerung zu erzielen. In der Rehabilitation werden nach individuellen Gewichtungen Interventionen zur Anbahnung, Übung und zum Training physischer und psychischer Funktionen zur (Wieder-)Herstellung der teilhabeorientierten Leistungsfähigkeit durchgeführt. Ergänzend dazu werden Entspannungstechniken vermittelt, eingeübt und individuelle Strategien zur alltäglichen Nutzung und den Transfer in den Alltag erarbeitet. Diese Kombination von Interventionen führt zu einer nachhaltigen Steigerung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Stärkung von positiven Bewegungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen.

4.8.1 Aufnahmeverfahren

Am Aufnahmetag erfolgen das ärztliche Aufnahmegespräch und die fachärztliche Untersuchung, das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten und die Erfassung des sozialrechtlichen Beratungs- und Interventionsbedarfs. Innerhalb der ersten drei Tage wird eine psychodynamische/verhaltensanalytische Diagnostik und eine berufsgruppenspezifische Diagnostik inklusive BORA-Assessments und -screenings durchgeführt. Eine testpsychologische Routinediagnostik erfolgt binnen der ersten zwei Wochen.

4.8.2 Rehabilitationsdiagnostik

Nach stationärer Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation erfolgen die Erfassung der Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabeaspekte und Kontextfaktoren und eine konkrete Festlegung der Rehabilitationsziele aus Sicht des Rehabilitanden und der Therapeuten. Der Erwerbsbezug steht dabei im Fokus und wird mit den o.g. BORA-Assessments und –screenings konkretisiert. Darüber hinaus finden die Wohnbedingungen und das soziale Umfeld eine besondere Beachtung, da diese bei suchtkranken Menschen mitunter ein erhebliches Gefährdungspotential beinhalten können.

Im weiteren Rehabilitationsverlauf dienen die ICF-Komponenten der Abstimmung über notwendige Assessments, der Definition kurz- und mittelfristiger Zwischenziele, der Feinjustierung der Behandlungsplanung sowie der ggf. notwendigen Anpassung der Ziele im Sinne einer passgenauen und individuellen Rehabilitationsbehandlung.

Im Rehabilitationsentlassungsbericht sind die wesentlichen Informationen hinsichtlich der erfolgten Teilhabe-orientierten Behandlung enthalten. Unabhängig von der Leistungsträgerschaft enthält er Aussagen über die Bereiche Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen in relevanten Bereichen, umweltbezogene Kontextfaktoren, Prognose, Beurteilung sowie weitere konkrete medizinische, berufliche, soziale und private Interventionsmöglichkeiten.

Medizinische und psychiatrische Diagnostik

Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende Anamneseerhebung, der aktuelle allgemeinmedizinische, neurologische und psychische Befund wird erhoben. Zum Aufnahmeverfahren gehören standardisierte laborchemische Untersuchungen von Blut und Urin mit besonderem Schwerpunkt auf dem Screening von Suchtmittelkonsum, Leberinfektionskrankheiten und HIV-Infektion. Die Befunderhebung erfolgt durch die medizinische Leitung und sofern erforderlich in Zusammenarbeit mit kooperierenden Fachärzten und Krankenhäusern.

Psychologische Diagnostik

Die psychologische Eingangsdagnostik umfasst bei Bedarf eine vertiefende Diagnostik der Suchterkrankung, darüber hinaus routinemäßig eine Persönlichkeitstestung, ein Traumascreening, eine Erfassung der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen sowie bei entsprechenden klinischen Auffälligkeiten ein hirnrorganisches Screening. Bei bekannten komorbiden Störungen erfolgt eine störungsspezifische Erweiterung dieses Spektrums.

Für Persönlichkeits- und klinische Diagnostik verfügt die Einrichtung u.a. über folgende Instrumente:

- Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI)
- Culture Fair Intelligence Test (CFT 20-R)
- MOCA (Montreal Cognitive Assessment)
- Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSVe-S) und CCCC-Questionnaire (Glücksspiel-Screening)
- Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)
- Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI)
- Becks Depressions-Inventar (BDI)
- Symptomcheckliste bei psychischen Störungen (SCL-90)
- Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar (FAIR)
- Beruf-interessen-Test B-I-T. II)

Psychosoziale Diagnostik

In der psychosozialen Diagnostik wird neben der Anamneseerhebung (Biographie) und der Verhaltensbeobachtung aus allen Bereichen des therapeutischen Milieus sowie den therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, vor allem auf bewährte Diagnostikinstrumente zurückgegriffen. Dazu gehören:

- die Basisdokumentation mit Patfak/PFW und dem Kerndatensatz ergänzt durch den EBIS-Fragenkatalog
- der ärztliche Anamnesebogen, psychiatrische Beurteilung
- die Teilhabe bezogene Diagnostik mit der Mini-ICF-APP

BORA-Assessments und Screenings

Mit den Ergebnissen der BORA-Assessments und -Screenings wird für den Rehabilitanden mit der Zuordnung zu einer BORA-Zielgruppe gleich zu Beginn der Reha-Leistung eine auf das Teilhabeziel Berufstätigkeit bezogene Status erhoben.

Aus diesem Status werden zielorientierte Interventionen abgeleitet, die als solche benannt und in der gesamten Behandlungsplanung prominent berücksichtigt werden.

Arbeitsbezogene Diagnostik

Im Rahmen der Aufnahme erfolgt die Erhebung einer differenzierten Arbeits- und Berufsanamnese. Diese beinhaltet sämtliche Arbeits- und Berufserfahrungen, auch im Rahmen von JVA-Aufenthalten, Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie die detaillierte Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes.

Die arbeitstherapeutische Diagnostik erfolgt mittels SIBAR. (Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation) sowie je nach Indikation anhand des AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster), des DIAMO (Diagnostik von Arbeitsmotivation bei Rehabilitanden) und des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils. Die Dokumentation erfolgt in Anlehnung an MELBA. Anhand der Items Art der Arbeitsausführung, kognitive Merkmale, psychomotorische Merkmale, Kulturtechnik/Kommunikation sowie soziale Merkmale erfolgt eine individuelle Fähigkeitseinschätzung für den jeweiligen Rehabilitanden.

Die Ergebnisse der medizinischen, psychosozialen und der arbeitsbezogenen Diagnostik haben direkten Einfluss auf die Formulierung der Teilhabeorientierten Therapieziele und finden Eingang in die Therapieplanungskonferenzen.

Prozessuale Diagnostik

Die Diagnostik und Behandlung interkurrenter Erkrankungen erfolgt nach Indikationsstellung durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung oder bei kooperierenden Fachärzten bzw. Krankenhäusern. Während der Rehabilitationsbehandlung können die Sprechzeiten des leitenden Arztes der Einrichtung von allen Rehabilitanden wahrgenommen werden. Dieser führt eine kontinuierliche Überwachung der gesamten Behandlung durch.

Häufig werden im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung zusätzliche Persönlichkeitsstörungen und damit verbundene psychische Belastungen und Beeinträchtigungen klinisch deutlich, was in entsprechenden zusätzlichen psychologischen Testungen Bestätigung finden kann.

Anhand der Ergebnisse des SIBAR; des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils und MELBA-Profilvergleiche erfolgt prozessorientiert ein passgenauer Einsatz sowohl in die unterschiedlichen ergo- und arbeitstherapeutischen Bereiche innerhalb der Fachklinik als auch im Rahmen von Belastungserprobungen, Praktika und soweit möglich am realen Arbeitsplatz in der externen Arbeitswelt.

Abschlussdiagnostik

Zum Abschluss der Behandlung wird eine ausführliche medizinische Entlassuntersuchung einschließlich Kontrolle der notwendigen Laborparameter

durchgeführt. In der Zusammenschau sämtlicher Rehabilitationsergebnisse erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung, die ausführlich mit dem Rehabilitanden besprochen wird.

Die psychologische und psychosoziale Abschlusstestung umfasst in der Routine eine Persönlichkeitstestung und die Mini-ICF-APP bei Behandlungsende.

In einem therapeutischen Abschlussgespräch werden der Zielerreichungsgrad und der Gesamteindruck hinsichtlich der Rehabilitationsbehandlung sowohl von Seiten des Rehabilitanden als auch von Seiten des Bezugstherapeuten thematisiert und der weitere Unterstützungs- und Förderungsbedarf eruiert, um die soziale Integration und Teilhabe nachhaltig gemeinsam mit dem Rehabilitanden sichern zu können.

4.8.3 Medizinische Behandlung

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Erlangung eines Höchstmaßes an funktionaler Gesundheit, um die Teilhabe an relevanten Lebensbereichen wiederherzustellen und zu stabilisieren. Als Grundlage für die Zielformulierung dienen nicht nur die festgestellten Symptome, Diagnosen und Befunde, sondern darüber hinaus die Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe. Die Problemlöseansätze des Rehabilitanden gehen dabei mit in die Rehabilitationsplanung ein.

Ebenso gehören zum medizinischen Ansatz die Hinführung der Rehabilitanden zu einer insgesamt gesunden Lebensweise inklusive Ernährungsberatung, Umgang mit Medikamenten, Alltagsstress, Schmerzen. Es erfolgen regelmäßige Informationsvermittlungen zu Infektionsverhütung (besonders Hepatitis B und C, HIV-Infektion) und Aufklärungen über Suchtentwicklung und Suchtfolgen. Auf der somatischen Ebene sind insbesondere orthopädische Erkrankungen häufig mit Suchterkrankungen vergesellschaftet, dementsprechend stellen Physiotherapie, Reha-Sport und Rückenschule wesentliche Bausteine des Gesundheitstrainings dar. Den Komorbiditäten auf psychischer Ebene ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

Die medizinische Behandlung konzentriert sich in der Aufnahme-Phase auf die Eingangs-Diagnostik und die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen sowie auf die Erstellung des medizinischen Aufnahmeberichtes.

Im weiteren Verlauf verlagert sich der Schwerpunkt auf die Verlaufs-Diagnostik und die Behandlung interkurrenter Erkrankungen.

Die Ermittlung und Bewertung der medizinischen Fakten im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden im Erwerbsleben stellen den Schwerpunkt der sozialmedizinischen Sichtweise dar, die von Beginn an in den Rehabilitationsprozess mit einfließt. Das am Ende der Rehabilitationsbehandlung erstellte ärztliche Gutachten ist als Ergebnis dieses Prozesses zu werten, der fortwährend mit dem Rehabilitanden reflektiert wird.

Neben der Aufnahme- und Abschlussuntersuchung und der Behandlung oder Weitervermittlung bei akuten Beschwerden im Rahmen der Arztprechstunde, wird während der Dauer der Rehabilitation wöchentlich eine Visite durchgeführt anhand der Rehabilitandenakte oder in Form einer persönlichen Vorstellung.

Es besteht eine tägliche Erreichbarkeit eines Arztes sowie einer examinierten Pflegekraft. Examinierte Pflegekräfte sind erster Ansprechpartner bei Dienstabwesenheit der Ärzte, vor allem für den Nachtdienst.

Sie können bei gesundheitlichen Problemen der Rehabilitanden die Situation einschätzen und notfalls den ärztlichen Bereitschaftsdienst aktivieren bzw. den Notfallablauf in Gang setzen und fachgerecht dokumentieren.

Zusammengefasst gehören neben der therapeutischen Behandlung (medizinisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch) zu den Aufgaben des Arztes vor allem:

- die Anamneseerhebung
- allgemeinärztliche körperliche Untersuchung, die neurologische und psychiatrische Untersuchung
- ggf. die Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie
- die Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und der Rehabilitationsziele
- die Leitung der Team- und Fallbesprechungen
- die Teilnahme an der Supervision
- die Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung einschließlich Dokumentation
- der Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken
- das verantwortliche Erstellen von Zwischen- und Verlängerungsberichten und des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung entsprechend dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht
- die konzeptionelle Weiterentwicklung der Fachklinik

4.8.4 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Gruppentherapien können einer unterschiedlichen Zielsetzung dienen. Sie können die Persönlichkeitsstruktur oder das Verhalten unterschiedlicher Gruppenteilnehmer verändern, zu einer Modifikation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern führen oder die Bedingungen der Existenz reflektieren.

In der Teilhabe-orientierten Rehabilitation steht im Rahmen der Gruppentherapie die Verhaltensänderung im Vordergrund. Schwerpunkte der Therapie sind:

- Die Bewusstmachung von Kognitionen
- Die Überprüfung von Kognitionen und Schlussfolgerungen auf ihre Angemessenheit
- Die Korrektur von irrationalen Einstellungen
- Der Transfer der korrigierten Einstellungen in das konkrete Verhalten

In Anlehnung an die therapeutische Gemeinschaft bieten die Bezugsgruppen mit einer Gruppengröße von 6-8 Rehabilitanden ein Lern- und Übungsfeld, um über neue Erfahrungen im Zusammenleben emotionale Muster, Verhaltens- und Denkmuster zu modifizieren. Ein wesentlicher Wirkfaktor stellt der Ausdruck von Gefühlen, der emotionale Zusammenhalt innerhalb der Gruppe, das gemeinsame zwischenmenschliche Lernen und der Austausch unter den Rehabilitanden über gefundene Lösungswege dar.

Regelmäßige einzeltherapeutische Sitzungen stellen ein Kernelement der Rehabilitation dar und dienen der vertiefenden Bearbeitung der Thematiken aus den Gruppensitzungen sowie sehr persönlicher Anliegen. Die Frequenz orientiert sich an dem individuellen Bedarf der Rehabilitanden. Mit dem Angebot der Einzel- und Gruppengespräche ist sichergestellt, dass der Rehabilitand dreimal in der Woche den Kontakt zu seinem Bezugstherapeuten hat.

Psychoedukation und Schulungen dienen der Bewältigung der Erkrankung im Sinne einer aktiven Mitarbeit der Rehabilitanden (Compliance), der Erarbeitung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und den Erkrankungsfolgen (Selbstmanagement) und der Förderung von informierten Entscheidungen bezüglich der eigenen Lebensführung (Empowerment).

Die edukativen Gruppen werden selektiv durchgeführt - sie orientieren sich weitgehend an den Problemlagen der Rehabilitanden. Bei der Zuordnung der Rehabilitanden zu den einzelnen Gruppen findet ein Abstimmungsprozess zwischen Interessen und Neigungen des Rehabilitanden und Empfehlungen der Bezugstherapeut*innen statt. Die folgende Auswahl verdeutlicht das breit gefächerte Angebot:

- Soziales Kompetenztraining
- Training emotionaler Kompetenzen
- Rückfallprophylaxe
- Affektregulationstraining
- Achtsamkeitstraining
- Stressbewältigung
- Nikotinentwöhnung
- Cannabis-Ablehntraining
- Freizeit und Sucht
- Entspannungstraining
- Ernährungsberatung
- Rückenschule
- EDV-Training
- Bewerbungstraining
- Schulische Qualifizierungen
- Sonstige Schulungen und Trainings, z. B. Sprachkurse, Stress am Arbeitsplatz, Alltagsplanung ohne Arbeit
- Basiswissen Sucht
- Umgang mit depressiven Verstimmungen
- Umgang mit Ängsten und sozialen Phobien
- Wiedererlangung des Führerscheins
- Medizinischer Vortrag zu Medikamenten (Wirkung und Nebenwirkungen), Infektionskrankheiten, Schlafstörungen
- Selbstversorgung im Alltagsleben

Zusammengefasst umfassen die Aufgaben der Psychologischen Psychotherapeuten und Diplomsozialpädagogen/-arbeiter mit suchtspezifischer Weiterbildung:

- die Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt
- die Durchführung der therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung

- die Durchführung von Gesprächen mit den Bezugspersonen einschließlich Vor- und Nachbereitung
- die Unterstützung in Krisensituationen
- die Dokumentation der therapeutischen Leistungen und die Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen
- die Zwischenbilanzierung und die Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichts
- die ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese
- die Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- die Teilnahme an der Supervision
- die Mitarbeit bei der Katamnese
- die Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichtes
- die Wahrnehmung von Außenterminen im Rahmen der Kooperation im regionalen Netzwerk
- die Übernahme von Koordinations- und Organisationsaufgaben
- die Mitwirkung bei der konzeptionellen Weiterentwicklung

Der psychologische Psychotherapeut führt zusätzlich zu den o.g. Aufgaben die psychologische Diagnostik durch.

Zur Durchführung der therapeutischen Angebote stehen Mitarbeiterräume für Einzelgespräche, Gruppenräume und für größere Gruppen auch ein Vortragsraum zur Verfügung.

4.8.5. Arbeitsbezogene Interventionen

Im Rahmen von rehabilitativen Maßnahmen ist es zielführend, die Arbeitssituation von Rehabilitanden in ihrer Bedeutung gleichermaßen als einen potenziell die Erwerbsfähigkeit gefährdenden Belastungsfaktor, als Quelle der Bedürfnisbefriedigung und als Möglichkeit, persönliche Kompetenzen nutzen und entwickeln zu können, zu thematisieren.

Mit dem Wegfall von Arbeit kann ein Verlust von Tagesstruktur, äußeren Anforderungen, Aktivität und Sinnstiftung verbunden sein.

Vor diesem Hintergrund wird in der Fachklinik Nettetal im Rehabilitationsplan insbesondere auf den Arbeits- und Berufsbezug fokussiert.

Bereits vor Behandlungsbeginn wird im Zuge der Beantragung im Sozialbericht eine ausführliche Ausbildungs- und Berufsanamnese erhoben. Auf dieser Grundlage werden die individuelle berufliche Bedarfslage des Rehabilitanden besprochen und Perspektiven erarbeitet. Die Zielsetzung des Einzelnen richtet sich nach dem Grad der individuellen Schädigungen, Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen. Grundlage der Einschätzung ist das bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge und die Ermittlung der vorhandenen Ressourcen, Barrieren und Kontextfaktoren, die der vermittlungsrelevanten Arbeitsfähigkeit entgegenstehen oder diese fördern.

Im Laufe der Rehabilitation werden in Abhängigkeit der spezifischen, beruflichen Problemstellung unterschiedliche Angebote bereitgehalten

1. Sozialrechtliche Beratung: Hier geht es um die beruflichen Perspektiven des Rehabilitanden, d.h. um Berufsfindung, Arbeitsplatzfindung oder Arbeitsplatzsicherung / Wiedereingliederung. Der Rehabilitand erhält Informationen, Hilfe zur Selbstbefähigung, Entscheidungshilfen in sozialrechtlichen Fragestellungen, sowie persönliche Hilfen (z.B. Antragstellungen zur Erlangung von Sozialleistungen). Die individuelle Behandlungsplanung und weitere arbeitsbezogene Interventionen werden entwickelt. Indikationsgeleitet werden die Rehabilitanden weiteren Beratungs- und Behandlungsangeboten des Caritasverbandes zugeführt, wie z.B. der Familienberatung, Kur- und Erholungsberatung, Schuldnerberatung, „Zahn um Zahn“ (Leistungsangebot zur Zahnsanierung als Folgenotwendigkeit bei langjährigem Suchtmittelkonsum), etc.

2. Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben: Die Behandler wirken mit bei der Berufsklärung, der Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, der Durchführung von Arbeitsplatzbesuchen, sowie der Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld. Zudem beraten und vermitteln sie in berufsfördernde Maßnahmen und geben persönliche Hilfen zur beruflichen Reintegration. Dies geschieht unter Einbeziehung der Mitarbeiter der Arbeitsagenturen und den Reha- Beratern der DRVen, sowie den regionalen Service- und Beschäftigungsagenturen (Zentrum für Arbeit/MaßArbeit/ESBA/AGOS).

Eine weitergehende Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz kann im Einzelfall erfolgen.

In enger Zusammenarbeit mit der Arbeits- und Dienstleistungsgesellschaft der Caritas und unter Nutzung der guten Kontakte zu den Firmen in den Regionen können Beschäftigungsmöglichkeiten akquiriert werden.

Im Landkreis Osnabrück bietet der Caritasverband als Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit der MaßArbeit das Projekt ARHISU für erwerbslose Hilfeempfänger im ALG II Bezug an. Hier erfolgt eine Vorbereitung der Arbeitsvermittlung durch Trainings und Praktika.

3. Soziale Gruppenarbeit: Im Rahmen der sozialen Gruppenarbeit kann der Umgang mit Arbeitslosigkeit thematisiert werden, ein Training sozialer Kompetenzen durchgeführt werden und der Umgang mit Konflikten und Autoritäten besprochen werden.

Bewerbungstrainings zum Feststellen der bisherigen erworbenen schulischen- und beruflichen Qualifikationen und darüber hinaus zum Aufspüren von weiteren Fähigkeiten und Fertigkeiten; eine zielgerichtete Recherche von Stellenangeboten; unterschiedliche Formen von Bewerbungsverfahren; Erstellen einer kompletten schriftlichen Bewerbung, Kurzbewerbung / telefonische Bewerbung; Online-Bewerbung; eigenständige Erstellung der Profilingmappe; Vorstellungsgespräche / Erprobung in Rollenspielen und PC-Schulungen werden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation bei Bedarf angeboten, da sie in den arbeitsbezogenen Maßnahmen bereits vorgehalten werden.

Zur Wiedererlangung des Führerscheins zur Verbesserung der beruflichen Mobilität, Flexibilität und Erweiterung der beruflichen Qualifikation werden differenzierte Informationen gegeben. Auch der Erhalt von forensisch gesicherten Laborbefunden wird unterstützt und begleitet.

4. Arbeitsplatzbezogene Interventionen: Bei Rehabilitanden, die noch in Arbeitsverhältnissen sind, werden die Arbeitgeber, wo dies möglich und sinnvoll ist,

in die Behandlung mit einbezogen. Bilanzierungsgespräche im Sinne der Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung des Arbeitsverhaltens, der Teamfähigkeit und des Arbeitstempos sind möglich.

Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, bei Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten, Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz, bei beruflichem Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung sind Beratungsgespräche zur Klärung sinnvoll.

Eine Beratung von Arbeitgebern vor, während und nach der Einstellung kann ebenfalls erfolgen. Im Rahmen der Angebote des Caritasverbandes zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Sozialberatung im Betrieb bestehen weitere Möglichkeiten für Betriebe und Arbeitgeber sich zu informieren oder Leistungen anzufordern

Durch die Vermittlung von Betriebspraktika werden realistische Rahmenbedingungen geschaffen, in denen berufliche Fähigkeiten überprüft und verbessert werden. Darüber hinaus entstehen direkte Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern.

Für Rehabilitanden, die auf Grund körperlicher, psychischer oder anderer Beeinträchtigungen nicht in ein Betriebspraktikum zu vermitteln sind, können andere berufsbezogene Maßnahmen durchgeführt werden, z.B. die Beschäftigung in einer Einrichtung des zweiten Arbeitsmarktes.

Die berufsintegrativen Maßnahmen werden von Arbeits-/Ergotherapeuten begleitet. Sie sind zu Behandlungsbeginn für die Erhebung der ausführlichen Ausbildungs- und Berufsanamnese verantwortlich, führen den SIBAR, ein weiteres Arbeitsfähigkeitenprofil und eine Dokumentation in Anlehnung an MELBA sowie in Kooperation mit dem Bezugstherapeuten die Mini-ICF durch, unterstützen die Rehabilitanden in der Arbeitstherapie und den internen Belastungserprobungen, begleiten die Rehabilitanden bei der Praktikumsuche und halten regelmäßig Kontakt zu den Praktikumsgebern, auch am Arbeitsplatz. Rehabilitanden, bei denen eine Berufsfindung oder eine berufliche Neuorientierung im Vordergrund steht, werden von den Arbeitstherapeuten in der Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt und in der Durchführung von Berufseignungstests begleitet.

Die hausinterne Arbeitstherapie soll verschiedene Bereiche fördern: Selbstvertrauen, Übernahme von Verantwortung, Belastbarkeit und Konzentration, Anpassungs- und Ausdauerfähigkeiten, Gewöhnung an Zeitstrukturen, Teamarbeit und das Erfassen von Arbeitsvorschriften.

Es gibt einerseits Bereiche, die für die Einrichtung unterstützend für den Alltag sind, z.B. Küche. Dies fördert das Gefühl von Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit und gibt einen realen Rahmen, in dem psychische und fachliche Aspekte zum Tragen kommen (Erleben und Umgang mit Frust und Erfolg, Erleben von Steigerung der Kompetenzen). Aber auch in anderen, nicht für die Alltagsabläufe relevanten Bereichen gibt es Tätigkeitsfelder. Der Einsatz ist abhängig von dem Ergebnis der Diagnostik und Zielvereinbarung gemeinsam mit dem Rehabilitanden.

Die Ergotherapie kann im Zusammenspiel mit anderen Maßnahmen dazu beitragen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger und psychischer Art zu verbessern.

Durch die lebenspraktischen Handlungen, handwerklichen Aktivitäten und gestalterischen Prozesse können Ressourcen wieder hergestellt und neue Fähigkeiten entwickelt werden im Hinblick auf körperliche Prozesse z.B. haptische

Fertigkeiten oder auch psychische Prozesse, z.B. Verbesserung des Selbstvertrauens.

Die Fachklinik Nettetal hält ein dementsprechend differenziertes arbeitstherapeutisches Angebot mit störungsspezifischen Anforderungsprofilen in den entsprechenden Räumlichkeiten vor:

Förderungsprofil Reinigungsdienst:

Ausdauer, Kritische Kontrolle, Misserfolgstoleranz, Sorgfalt

Förderungsprofil Küchenbereich:

Auseinandersetzungsfähigkeit, Kritisierbarkeit, Kontaktfähigkeit, Teamfähigkeit, Kulturtechniken, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit

Förderungsbereich Gartenbereich/ Grünanlagen:

Ausdauer, Antrieb, Teamfähigkeit

Förderungsbereich Tischlerei:

Arbeitsplanung, Auffassung, Vorstellung, Teamfähigkeit, Kritisierbarkeit, Kritikfähigkeit, Kulturtechniken, Konzentrationsfähigkeit

Förderungsbereich Fahrradwerkstatt:

Selbständigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, kritische Kontrolle, verantwortliches Handeln

Förderungsbereich Malerbereich:

Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft, Kontaktfähigkeit, Arbeitsplanung

Förderungsbereich Hausmeistertätigkeiten:

Selbständigkeit, Feinmotorik, verantwortliches Handeln, Umstellungsfähigkeit, Problemlöseverhalten

Förderungsbereich Wäscherei:

Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft, Arbeitsplanung, Selbständigkeit, Durchsetzungsfähigkeit

Förderungsbereich Büroarbeitsplatz:

Sorgfalt, Ausdauer, Arbeitsplanung, Konzentrationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit

4.8.6 Freizeitangebote

Freizeit soll Spaß machen und entspannen. Oft ist jedoch die Fähigkeit der Rehabilitanden, freie Zeit selbstständig und aktiv zu gestalten durch die Sucht verloren gegangen. Beim Spielen, beim kreativen Gestalten und bei gemeinsamen Aktivitäten mit Mitrehabilitanden kann jeder seine Begabungen und Vorlieben ausprobieren. Dieses Angebot gibt Anregungen und vermittelt Ideen, um wieder Anschluss an eine selbstständig gestaltete Freizeit zu bekommen. Es kann „Neues“ gelernt und „Altes“ wieder entdeckt werden.

Im kreativen Umgang mit verschiedenen Materialien sollen die Rehabilitanden sich mit Erfolg oder Misserfolg auseinander setzen und ihre Grenzen erkennen. Das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl wird durch das Erschaffen eigener Dinge gestärkt, die Konzentration geschult und die Ausdauer gefördert.

Die Ausstattung der Einrichtung ermöglicht dem Rehabilitanden in Ruheräumen Rückzugsmöglichkeiten außerhalb seines Zimmers zu haben, aber auch Gemeinschaftsräume, in denen die Freizeit mit Anderen verbracht werden kann.

Gemeinsame - auch selbst organisierte - Aktivitäten der Rehabilitanden außerhalb der Einrichtung stärken das Gemeinschaftsgefühl und geben Impulse für eine eigenständige Freizeitgestaltung nach Abschluss der Therapie. Hierzu zählen Wanderungen, Schwimmen, Museumsbesuche, Konzertbesuche und Aktivitäten im Rahmen des regionalen Kulturangebotes.

Die Angebote zur Freizeitgestaltung und zur Förderung der Kreativität sind fest eingebettet in das wöchentliche Therapieprogramm, die Teilnahme ist z.T. verpflichtend.

Neben diesen von der Klinik organisierten Freizeitaktivitäten werden alle Rehabilitanden motiviert, ihr Freizeitverhalten außerhalb der Einrichtung zu (re)aktivieren. Zielsetzung ist es hier, ein Freizeitverhalten aufzubauen, das über die Behandlung hinaus Bestand haben kann und langfristig zu einer befriedigenden Freizeitgestaltung beiträgt.

4.8.7 Sozialdienst

Die finanzielle und strukturelle Absicherung der Rehabilitanden ist eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Behandlungsschritte. Eine ungeklärte wirtschaftliche oder strukturelle Situation in der Rehabilitation oder im unmittelbaren Anschluss an die Rehabilitation führen zu nachhaltigen Störungen im Behandlungsverlauf oder in der Aufrechterhaltung und dem Ausbau des Rehabilitationserfolges im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft/Gesellschaft.

Die sozialdienstlichen Angebote im Rahmen der Rehabilitation gliedern sich in die Bereiche

- Information
- Schulung
- Beratung
- Einleitung von Nachfolmaßnahmen zur sozialen Integration
- Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

Im Rahmen der Beratung und Einleitung von Maßnahmen wird unter individuellen und ganzheitlichen Gesichtspunkten Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, um einen nachhaltigen Erfolg sicherzustellen, da sich die Lebenssituationen in der Regel im Anschluss an die Rehabilitation kontinuierlich verändern. Typische Themen in diesem Bereich sind Antragshilfen (SGB-Leistungen), Einleitung von Schuldenberatung und sozialrechtliche Beratung (berufliche Perspektiven, Wohnen, wirtschaftliche Sicherung, rechtliche Fragen, Teilhabe behinderter Menschen, Rentenfragen).

Schon vor Abschluss der stationären Rehabilitation werden die entsprechenden Ansprechpartner am zukünftigen Wohnort des Rehabilitanden kontaktiert, um ggf. notwendige Schritte einzuleiten und begonnene Prozesse weiter zu verfolgen.

4.8.8 Gesundheitsbildung und Ernährung

Zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs ist eine gesunde Lebensführung unerlässlich.

In der Indikationsgruppe Ernährungsberatung werden Kenntnisse zur Selbstversorgung nach dem Konzept und den Richtlinien (D-A-C-H Referenzwerte & Beratungs - Standard) der Deutschen Gesellschaft für Ernährung vermittelt.

Ein Hauptthema ist die Ermittlung des eigenen Gesamtenergiebedarfes. Besondere Berücksichtigung finden medikamentös bedingte Veränderungen des Hungergefühls. Darüber hinaus werden Kenntnisse hinsichtlich Makronährstoffen vermittelt. Dazu gehören Proteine, Fette und Kohlenhydrate. Auch die Vitamine und Mineralstoffe sowie die ausreichende, tägliche Flüssigkeitszufuhr haben eine große Bedeutung.

Die Ernährungsberatung findet unter Beachtung der Methodik & Didaktik im Umfang von drei Modulen statt. Ziel ist es, die Rehabilitanden an eine gesunde Lebensweise heranzuführen.

Die praktische Umsetzung erfolgt in weiteren Modulen in der hauseigenen Lehrküche. In dieser werden Kenntnisse zur Selbstversorgung vermittelt.

Teilprozesse dieser Module sind unter anderem die Planung sowie die Kalkulation von mindestens acht Gerichten, welche jeweils an das finanzielle Budget der Rehabilitanden (z.B. ALG II) angepasst sind. Zusätzlich geschult werden die Rehabilitanden hinsichtlich des sinnvollen Einkaufs von Lebensmitteln sowie der richtigen Lagerung unterschiedlicher Lebensmittel, wie beispielsweise von tiefgekühlter oder einfach gekühlter Ware.

4.8.9 Angehörigenarbeit

Die Rehabilitanden sollen, wann immer sinnvoll und möglich, von einem Angehörigen oder einer Bezugsperson, die selbst keine Suchtstoffe konsumiert, unterstützt und begleitet werden. Diese Personen sollen den Entwicklungsprozess unterstützen und für die Zeit außerhalb der Einrichtung als Ansprechpartner/-in zur Verfügung stehen können. Da Störungen oder Krisen im Therapieprozess nicht auszuschließen sind, spielen Bezugspersonen vor allem in der individuellen Notfallplanung eine wichtige Rolle.

Da nahe Angehörige zu co-abhängigem Verhalten neigen können, sollen diese nach Möglichkeit in den Therapieprozess einbezogen werden. Dafür macht das klinische Setting folgende therapeutisch begleitete Angebote:

- Informationsveranstaltungen für Angehörige
- Angehörigengespräche oder Gespräche mit Bezugspersonen im Dialog mit dem Bezugstherapeuten
- Angehörigengespräche zur Psychoedukation

Durch die Einzel- und Gruppenarbeit mit den Angehörigen sollen diese nicht nur hinsichtlich der Gefahren von Co-Abhängigkeit geschult werden, sondern auch als

Partner für den Rehabilitationsprozess gewonnen werden, da sie das Interesse an der Suchtmittelfreiheit auch außerhalb der Therapiezeiten mit allen Beteiligten teilen. Sie werden somit nicht in erster Linie als Kontrolleure gesehen, sondern stehen im systemischen Sinne als Mitbeteiligte am Gesamtprozess und als aktive Ratgeber und „Türöffner“ im Krisenfall zur Verfügung. Da diese Mitarbeitsbereitschaft nicht erzwungen werden kann, müssen alle ihre Mitwirkung ausdrücklich erklären. Selbstverständlich haben sie jederzeit das Recht, diese aufzukündigen.

4.8.10 Geschlechtsspezifische Angebote

Gender (engl.) bezeichnet in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht (= sex, engl.) die sozial und kulturell bedingten Eigenschaften, Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern.

Die gesellschaftspolitische Strategie zur Einführung und Durchdringung von Gleichberechtigung der Geschlechter in allen Lebensbereichen wird `gender mainstreaming` (=Gender-Politik zum gesellschaftlichen `Hauptstrom` machen) genannt. Die Wurzeln dieses Prinzips liegen in der weltweiten Frauenbewegung und ihrer Erfahrung mit der Durchsetzung von Chancengleichheit der Geschlechter.

Chancengleichheit und gleichwertige Beteiligung der Geschlechter in der Gesellschaft bedeutet aber nicht, dass diese gleichartig oder identisch sind oder sein sollen. Gleichwertige Beteiligung setzt voraus, die geschlechtsspezifischen Unterschiede, ihre Gegebenheit oder ihre Entstehung zu kennen und zu verstehen, um eine bestmögliche Versorgung, hier: Gesundheitsversorgung, vorhalten zu können. Vor diesem Hintergrund ist Gendermainstreaming auch ein Thema der Politik und Strategie in den Diensten und Einrichtungen im Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V.

Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen, individuellen Ressourcen, in verschiedenen biographischen Stadien konsumieren aus ganz unterschiedlichen Motiven psychotrope Substanzen. Und es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Konsum- und Verhaltensmustern. Ein Blick auf die Geschlechterverteilung bei Störungen/Abhängigkeiten: Alkohol: 1/3 Frauen, 2/3 Männer - Illegale Drogen: 1/3 Frauen, 2/3 Männer - Path. Glücksspiel 10% Frauen, 90% Männer - Medikamente: 2/3 Frauen, 1/3 Männer - Essstörungen: 90% Frauen, 10% Männer.

Geschlechtsspezifische Arbeit ist nach unserer Ansicht daher im Kontext einer Entwöhnungsbehandlung vor allem eine Perspektive, die quer durch alle Handlungsräume und Inhalte geht. Sie ist variabel einsetzbar und basiert nicht nur auf einem Interventionsstil, sondern vor allem auf einer therapeutischen Haltung.

4.8.11 Rückfallmanagement

Suchterkrankungen verlaufen chronisch rezidivierend. Mit Rückfällen, d.h. einem erneuten Suchtmittelkonsum ist zu rechnen. Unser Rehabilitationskonzept beinhaltet wie oben beschrieben das Erlernen spezifischer Denk- und Verhaltensmuster zur Bewältigung dieses Krankheitsrisikos. Bei Versagen dieser individuell erarbeiteten Rückfallprophylaxestrategien kann es zum Suchtmittelrückfall kommen.

Wird aufgrund von Labor- oder anderen Testergebnissen oder wegen klinischer Auffälligkeiten festgestellt, dass ein Rehabilitand substanzrückfällig geworden ist, wird zunächst die Motivation zur Rückfallbearbeitung geprüft. Von der medizinischen Leitung wird festgelegt, ob und in welcher Form eine Entgiftungs- oder Teilentgiftungsbehandlung erforderlich ist, und wo diese gegebenenfalls stattfinden soll.

Für den Fall einer stationär durchzuführenden Entgiftungsbehandlung steht das Fachteam des AMEOS Klinikums Osnabrück hierfür zur Verfügung. Die Fortsetzung der Rehabilitation kann nach Überprüfung der Gegebenheiten durch das therapeutische Team und mit Einverständnis des zuständigen Kosten- und Leistungsträgers erfolgen.

Voraussetzung für eine Fortsetzung der Behandlung ist die Bereitschaft, sich mit dem Rückfallgeschehen in der o.g. Weise konstruktiv und zielorientiert mit einer positiven Prognose auseinander zu setzen. Außerdem sind die intellektuellen und mentalen Voraussetzungen zu überprüfen.

Liegen sehr schwerwiegende Rückfallsituationen vor, wie es der Fall ist, wenn der Rehabilitand z.B. Betäubungsmittel mit in die Klinik bringt und versucht andere Rehabilitanden in das Rückfallgeschehen einzubeziehen oder er zu einer produktiven Aufarbeitung nicht bereit oder in der Lage ist, kann er aus der Entwöhnungsbehandlung relegiert werden.

Im Falle einer notwendig gewordenen Relegation wird ein spezielles Entlassmanagement angewendet, mit dem sichergestellt wird, dass der Rehabilitand nicht einfach „auf der Straße steht“. Der zur Relegation Anstehende wird ausführlich beraten und erhält Adressen sowie Hinweise für Anlaufstellen, an die er sich an dem von ihm gewählten Lebensmittelpunkt nach seiner Entlassung wenden kann, um weitere Gefährdungen nach Möglichkeit für sich zu vermeiden.

Kriterien für die Rückfallbearbeitung:

- Offenheit bezüglich der Suchtmittelrückfälligkeit
- Krankheitseinsicht
- Aktuelle Belastungen, d.h. der Suchtmittelrückfall ist aus dem Rehabilitationsprozess verständlich
- Bereitschaft des Rehabilitanden zur Rückfallbearbeitung
- Rückhalt in der Bezugsgruppe

Kriterien für eine Relegation:

- Gefährdung von Mitpatienten durch die Suchtmittelrückfälligkeit
- Verweigerung von Drogen- bzw. Alkoholscreenings
- Geplanter Suchtmittelrückfall

Stufen der Rückfallbearbeitung

1. Absicherung der Situation, evtl. Verlegung/Einweisung in eine Entgiftungsklinik
2. Klärung Rückfall vs. Relegation
3. Inhaltliche Auseinandersetzung mit der Suchtmittelrückfälligkeit anhand einer persönlichen Stellungnahme mit dem Bezugstherapeuten
4. Reflexion innerhalb der Bezugsgruppe

4.8.12 Beendigung der Rehabilitationsleistung und Vorbereitung der Nachsorge

Die Ergebnisse der stationären Rehabilitation bedürfen der Festigung und Vertiefung durch eine qualifizierte Nachsorge. Die wesentlichen Inhalte der Nachsorge beziehen sich auf Arbeit, Wohnen und die Freizeitgestaltung.

Ca. sechs Wochen vor der geplanten Beendigung der Maßnahme werden mit den Rehabilitanden Umfang und inhaltliche Schwerpunktsetzung der Nachsorge oder Weiterbehandlung konkret erarbeitet. Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe hat in der Regel zu diesem Zeitpunkt bereits stattgefunden.

Eine Belastungserprobung im Alltag wird in der Schlussphase der Rehabilitation mit dem Rehabilitanden besprochen und die Erfahrungen reflektiert, auch im Hinblick auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Auch die Mitteilung der sozialmedizinische Einschätzung erfolgt zu diesem Zeitpunkt, um mögliche Folgemaßnahmen, wie Leistungen zur Teilhabe am Berufsleben, Kontaktaufnahme zum Reha-Berater usw. frühzeitig einleiten zu können.

Die ärztliche Abschlussuntersuchung erfolgt am Entlassungstag, ggf. ein bis zwei Tage früher.

Im Regelfall wird mit dem Rehabilitanden nach Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans ein Entlassungstermin geplant zur Vorbereitung einer regulären Entlassung bzw. eines Wechsels in eine ambulante Rehabilitationsform. Vorzeitige Entlassungen können auf ärztliche Veranlassung bzw. mit ärztlichem Einverständnis erfolgen, wenn die entsprechenden Gründe vorliegen.

Ungeplante Entlassungen erfolgen entweder durch Abbruch von Seiten des Rehabilitanden, also gegen ärztlichen Rat, oder aus disziplinarischen Gründen beispielsweise Gewalttätigkeit, strafbaren Handlungen, Suchtmittelkonsum in der Einrichtung.

5. Personelle Ausstattung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In den Mitarbeiterteams der Rehabilitationseinrichtungen sind auf der Basis „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ folgende Berufsgruppen und Fachrichtungen vertreten:

- Ärzte/Fachärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Sozialmedizin)
- Diplompsychologen/Psychologische Psychotherapeuten
- Diplomsozialpädagogen/-sozialarbeiter
- Examierte Pflegekräfte für den Einsatz während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
- Arbeitstherapeuten/Ergotherapeuten
- Fachkräfte für spezifische Aufgaben

Die Mitarbeiter können mehrjährige Erfahrungen in der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nachweisen.

Bezugs- und Gruppentherapeuten/innen verfügen mindestens über eine qualifizierte und von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte Zusatzausbildung bzw. Weiterbildung für das Tätigkeitsfeld Sucht.

Folgende methodische Qualitäten sind insgesamt vorhanden:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
- Systemische-lösungsorientierte Therapie
- Familientherapie
- Gestalttherapie
- Kunsttherapie
- Suchtspezifische Therapieausbildung/Sozialtherapie
- Motivational Interviewing

Darüber hinaus haben Mitarbeiter Qualifikationen und Weiterbildungen im Bereich „Trauma und Sucht“, „Psychose und Sucht“ und Substitution, um das spezifische Angebot fachgerecht durchzuführen.

Kernmerkmale der interdisziplinären Teamarbeit stellen die ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“, ein ICF-strukturierter Zielsetzungsprozess, die Teilhabeorientierung, die aktive Einbeziehung des Rehabilitanden, ein strukturierter Ablauf der Teamsitzungen und eine entsprechende Dokumentation dar.

6. Räumliche Gegebenheiten

Funktionsräume und Funktionsbereiche

- Arztsprechzimmer und Behandlungsraum mit integriertem Labor
- Räume für Einzel- und Gruppentherapie
- 2 Großgruppenvortragsräume mit umfangreicher Mediene Ausstattung
- Umfängliche Räumlichkeiten für Ergo- und Kreativtherapie

- Arbeitstherapeutische Räumlichkeiten für die Schwerpunkte Holz, Garten und Hauswirtschaft
- PC-Schulungsraum mit 6 internetfähigen Schulungsplätzen
- Multifunktionsräume für Entspannungstraining, Diagnostik, Physiotherapie und kognitives Training
- PC-Schulungsraum
- Behindertengerechte Lehrküche mit 4 Schulungsplätzen
- Sauna und Wellnessbereich, Teichanlage
- Fahrradwerkstatt mit kostenfreiem Fahrradverleih
- Sport- und Gymnastikhalle in Kooperation mit der Gemeinde Wallenhorst
- 2 Fitnessräume für gerätegestützte Trainingstherapie
- Rehabilitandenbüro mit PC-Arbeitsplatz
- Außensportanlagen (u.a. Fußball, Beachvolleyball, Basketball, Boule)

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Nettetal arbeitet auf der Grundlage der §§ 40 ff SGB V, §§ 9 ff SGB VI sowie § 23 ff SGB IX und erbringt medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Sie dient der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, insbesondere im Land Niedersachsen und dem angrenzenden Westfalen. Die stationären Einrichtungen werden von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover federführend belegt. Darüber hinaus erfolgt eine Belegung auch über andere Rentenversicherungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Eine Belegung erfolgt darüber hinaus durch alle an der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4.5.2001“ beteiligten Verbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und Träger der Sozialhilfe (SGB XII). Es liegt eine Anerkennung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen und Gesundheit im Sinne der §§ 35, 36 BtMG vor. Weiterhin besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V. Die Fachklinik Nettetal erfüllt die personellen und sachlichen Anforderungen, die von den Krankenkassenverbänden und vom damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ festgelegt wurden. Mitgliedschaften bestehen in der Caritas Suchtkrankenhilfe (CaSu), dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), dem Fachverband Glückspielsucht (fags), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), dem Norddeutschen Suchtforschungsverbund (NSF) sowie der Sozialpsychiatrischen Verbände der jeweiligen Kommunen.

8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement stellt ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Störungen dar. Aus diesem Grundsatz resultiert, dass in unseren Rehabilitationsangeboten die Kriterien wie sie in § 137 d Abs. 1, 1a SGB V und im § 20 Abs. 1 SGB IX benannt sind, erfüllt werden.

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchtprävention und Rehabilitation, dem die Fachklinik Nettetal angehört, verfügen über ein zentral gesteuertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015 auf Basis des BAR- anerkannten CaSu-Qualitätsmanagementrahmenhandbuches (BAR anerkanntes Verfahren) mit integriertem Managementsystem für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (MAAS BGW) in den stationären Einrichtungen. Die Managementsysteme der Einrichtungen sind seit 2005 durchgängig nach DIN EN ISO 9001 durch die ProCum Cert bzw. die BagCert zertifiziert.

Die Caritas GmbH Rehabilitation und Teilhabe (CRT) verfolgt einen ganzheitlichen Qualitätsansatz im Sinne eines Total Quality Managements (TQM). So unterliegen alle Prozesse in den Einrichtungen der kontinuierlichen Überwachung und Verbesserung. Zu diesem Zweck werden über Befragungen, ein aktives Beschwerdemanagement und die Auswertung aller prozessrelevanten Daten Informationen zur kontinuierlichen Verbesserung gesammelt und über die Gremien der Qualitätsentwicklung in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Die Qualitätsziele und die Schwerpunkte der Qualitätsmaßnahmen werden im jährlichen Managementbericht differenziert dargestellt, bewertet und offen gelegt.

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchtprävention und Rehabilitation sichern die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der erbrachten Leistungen durch eine fachlich fundierte, systematische, und einheitliche Dokumentation.

Die Dokumentation stellt eine zeitnahe und lückenlose Dokumentation der Leistungserbringung und deren Entscheidungsgrundlagen (Anamnesen, Vorbefunde, Diagnostik, Ziele, Kommunikation, Verlauf etc.) sicher.

Die Dokumentation erfolgt nach den Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger, in die auch die erbrachten therapeutischen Leistungen nach der Klassifizierung Therapeutischer Leistungen (KTL) Eingang finden.

Darüber hinaus werden statistische Daten nach dem deutschen Kerndatensatz (KDS) und EBIS, inklusive Katamnesedaten erhoben und einer bundesweiten jährlichen Auswertung (Institut für Therapieforschung) zugeleitet.

Neben den personenbezogenen Daten werden auch verbandsspezifische und einrichtungsbezogene Daten erhoben. Diese werden genutzt, um Entwicklungstendenzen innerhalb der Suchtkrankenhilfe zu identifizieren und dienen der Rechenschaftslegung gegenüber dem Träger der Einrichtung, den Kosten- und Leistungsträgern und der Öffentlichkeit.

Einsichtnahme, Zugriff und Aufbewahrung der EDV-gestützten und papiergebundenen Dokumentation ist entsprechend der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt.

Die erhobenen Daten werden gemäß den Forderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem ausgewertet und fließen in kontinuierliche Prozesse der Verbesserung und Entwicklung ein.

9. Kommunikationsstruktur: Klinikorganisation, Therapieorganisation

Übergeordnete Strukturen stellen die Strategiekonferenz mit der Geschäftsleitung des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück sowie die Tagung der Einrichtungsleitungen aus dem Geschäftsbereich Suchtprävention u. Rehabilitation dar, in denen jährlich bzw. vierteljährlich Ziele und Strategien vereinbart werden.

Innerhalb der Fachklinik Nettetal werden die Zielvereinbarungen für jeweils ein Jahr in der Gesamtteamsitzung im Rahmen der allgemeinen Informationen der Leitung kommuniziert. Darüber hinaus dient dieses Gremium der Klärung organisatorischer Angelegenheiten, der Besprechung von Rehabilitationsplänen und –prozessen der einzelnen Rehabilitanden sowie Fallbesprechungen bei akutem Bedarf.

Tägliche Übergaben dienen der Besprechung der aktuellen Ereignisse des Vortages und der Aufgaben für den Tag, der Vorstellung neuer Rehabilitanden, der Klärung von akuten Störungen im Rehabilitationsgeschehen.

Die Therapieorganisation erfolgt in der o.g. Gesamtteamsitzung, in Kleinteamsitzungen bzw. Bereichsteamsitzungen.

Der Qualitätssicherung in diesen Bereichen dienen neben den 14-tägigen Qualitätszirkeln Mitarbeitergespräche und Mitarbeitersprechstunden.

10. Notfallmanagement

Die Fachklinik Nettetal verfügt über ein ausdifferenziertes Notfallmanagementsystem. Das System setzt sich aus Notfallplänen für die Bereiche Brandschutz, Erste-Hilfe und Krisenmanagement einschließlich medizinischer Notfälle zusammen. Wesentliche Rehabilitanden-bezogene Dokumente sind auch bei Ausfall der EDV unmittelbar zugänglich.

Sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Nettetal werden regelmäßig dokumentiert unterwiesen und geschult und befinden sich stets auf dem aktuellen Kenntnisstand. In Kooperation mit den örtlichen Feuerwehren und der Arbeitsmedizinischen Beratungsstelle des Bistums Osnabrück werden regelmäßig Brandschutz- und Notfallübungen durchgeführt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Nettetal sind auf der in den Einrichtungen vorhandenen Notfallausrüstung, bestehend aus Notfallkoffer mit Sauerstoffgerät, automatisiertem externen Defibrillator (AED) und zentrale Notrufanlage geschult.

Der Ablauf der Kommunikation und sämtlicher erforderlicher Handlungen in Notfallsituationen ist schriftlich geregelt und wird ständig trainiert und ist allen Mitarbeitern zugänglich und bekannt. Um den im Notfall gerufenen Notarzt oder die sonst gegebenenfalls eintreffenden Rettungskräfte rehabilitandenbezogen über die individuell zu berücksichtigenden medizinischen Besonderheiten, Risikofaktoren, Bedarfs- und Dauermedikationen zu informieren, ist im Dokumentationssystem der Fachklinik ein „Notfallblatt“ in EDV- und Papierform sofort zugänglich und einsehbar. Die relevanten medizinischen Daten der Rehabilitanden werden kontinuierlich prozessorientiert aktualisiert. Notfälle werden zentral erfasst und jährlich ausgewertet und bei der Planung präventiv berücksichtigt.

Die Rehabilitanden werden zu Beginn der Rehabilitation ebenfalls in die Bedeutung und Bedienung der Notfallsysteme (Notrufanlage, Brandschutz, Rauchmelder) eingewiesen und werden an den Übungen beteiligt.

Die Vorrichtungen und Geräte sind zentral in einer Datenbank erfasst und werden regelmäßig geprüft, gewartet oder ausgetauscht. Die Notfallpläne und dazugehörigen Anweisungen werden regelmäßig auf Aktualität und Angemessenheit überprüft.

11. Fortbildung

Die Fachklinik Nettetal erfüllt alle Qualifizierungsanforderungen gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001. Eine quartalsweise Überprüfung der Personalstandspläne erfolgt wiederkehrend durch den federführenden Kosten- und Leistungsträger. Schon im Rahmen der Einstellungsgespräche wird auf die Erfüllung der Anforderungen geachtet und für den Fall, dass sich ein Schulungsbedarf ergibt, wird die Bereitschaft zur Nachqualifizierung erfragt. Bei Bedarf werden zeitnahe Lösungen eingeleitet.

Die tätigkeitsbezogene Beratung der Mitarbeiter*innen, die sich auf berufliches Handeln, konzeptionelle Fragen, Probleme, Konflikte, Fragen der Kooperation und Leitung sowie Fragen von Qualität und Quantität als auch Arbeitszufriedenheit bezieht erfolgt in der Supervision.

Die Supervision wird von einem anerkannten Supervisor mit der entsprechenden Kompetenz (med. Reha/Sucht) durchgeführt. Die Intervalle liegen bei ca. 8 Wochen. Die Beantragung der Supervision erfolgt unter Angaben der Ziele bei der Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention und Rehabilitation.

12. Rehabilitationsvertrag/Hausordnung

Rehabilitationsvertrag

geschlossen zwischen der Caritas-Reha und Teilhabe GmbH hier vertreten durch die
Fachklinik Nettetal

und

_____:

1. Der Rehabilitand der Fachklinik Nettetal verpflichtet sich zu einer aufrichtigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit.
Alle Mitarbeiter der Fachklinik unterliegen der gesetzlichen und kirchlichen Schweigepflicht, in der aktuell gültigen Fassung.
2. Der Rehabilitand wird hiermit auf seine Mitwirkungspflicht gem. SGB IV (Sozialgesetzbuch) aufmerksam gemacht. Das therapeutische Team prüft die Rehabilitationsmöglichkeiten.
3. Der Rehabilitand verpflichtet sich die für das Haus gültigen Normen und Regeln (Hausordnung) einzuhalten. Ausübung von Gewalt, Diebstahl, Besitz oder Konsum von Suchtmitteln innerhalb der Einrichtung können zur sofortigen disziplinarischen Entlassung führen. Verboten ist weiterhin der Besitz von Waffen, die Ausübung von Leihgeschäften, Verkauf, Glücksspielen und Wetteinsätzen. Rückfallsituationen sind mitzuteilen und den daraus resultierenden Behandlungsnotwendigkeiten ist zuzustimmen. Ärztlich verordnete Medikationen werden zentral über die Krankenpflege ausgegeben.
Alkohol und Drogen dürfen weder mitgebracht, aufbewahrt, noch in irgendeiner Form (sogenanntes alkoholfreies Bier, Malzbier, alkoholhaltige Süßigkeiten oder Speisen, etc.) zu sich genommen werden. Das gilt auch für alkoholhaltige Mundwasser und Zahnpasta.

Während der gesamten Behandlungszeit, auch während der Heimfahrten, sind jeglicher Suchtmittelkonsum sowie der Besuch in einer Spielothek verboten.

4. Der Rehabilitand verpflichtet sich, in unregelmäßigen Abständen Alkohol- und Urinkontrollen vornehmen zu lassen. Eine Verweigerung der Kontrolle führt zur Beendigung der Rehabilitation.
5. Der Rehabilitand verpflichtet sich, keinerlei persönliche Angaben über andere Rehabilitanden und Mitarbeiter an andere Personen weiterzugeben. Dies schließt auch die Verbreitung von Informationen, Bildern und Videos über das Internet (insbesondere soziale Netzwerke) ein. Diese Regelung ist auch nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme zu beachten. Die Aufnahme von Bildern und Videos ist auf dem gesamten Klinikgelände untersagt. Eine Missachtung kann neben disziplinarischen Maßnahmen auch juristische Schritte nach sich ziehen.
6. Auf die anliegende Brandschutzordnung der Fachklinik Nettetal wurde der Rehabilitand hingewiesen und zur Einhaltung verpflichtet. Ein Exemplar wurde dem Rehabilitanden in seiner Therapiemappe ausgehändigt.
7. Die Durchgänge zu den Zimmern dürfen nicht durch Möbel oder andere Gegenstände verstellt werden, die im Notfall das Passieren der Tür verhindern oder erschweren.
8. Der Rehabilitand wird darüber informiert, dass Wertgegenstände und Bargeld nur im unbedingt erforderlichen Umfang in der Einrichtung im Wertfach eingeschlossen werden sollten. Wertgegenstände und persönliches Eigentum sind generell nicht durch die Fachklinik Nettetal versichert.
9. Der Rehabilitand sorgt nach der Entlassung dafür, dass sein ggf. noch in der Therapieeinrichtung verbliebener Besitz nach spätestens 4 Wochen abgeholt wird. Die Abholung hat durch den Rehabilitanden selbst oder durch eine von ihm mit schriftlicher Vollmacht ausgestattete Personen zu erfolgen. Der Rehabilitand erklärt, dass er bei Nichtabholung der Sachen innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung in der Absicht, auf das Eigentum zu verzichten, den Besitz der Sachen aufgibt. Diese Sachen werden dann von uns entsorgt bzw. einer Kleiderkammer zugeführt.
10. Der Rehabilitand erklärt sich damit einverstanden, dass die Fachklinik Nettetal personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen in der elektronischen Datenverarbeitung erfassen und verarbeiten darf. Der Rehabilitand wurde darauf hingewiesen, dass statistische Daten (EBIS, Krankenkassenstatistiken usw.) nur anonymisiert zur Auswertung weitergegeben werden und somit ein Rückschluss auf den Rehabilitanden nicht möglich ist.
11. Weiterhin erklärt sich der Rehabilitand hiermit bereit, an der Nachbefragung (Katamnese) teilzunehmen, einen Fragebogen auszufüllen und an die angegebene Anschrift zurückzusenden. Die Teilnahme an der Katamnese ist freiwillig und es entstehen bei einer Ablehnung an der Teilnahme keinerlei Nachteile.
12. Die Fachklinik hält einen Hol- und Bringdienst für Rehabilitanden und Angehörige vor, wo der öffentliche Nahverkehr nicht greift. Im Einzelfall kann eine Kostenbeteiligung anfallen (Selbstkostenpreis).
13. Die Mundstücke für den Alkomaten (Atemalkoholmessgerät) hat jeder Rehabilitand stets mit sich zu führen, bei jedem Alkoholtest zu verwenden und danach sofort zu reinigen. Der Verlust des Mundstücks ist unverzüglich den Mitarbeitern der Fachklinik Nettetal

anzuzeigen. Für das von der Fachklinik erneut ausgehändigte Mundstück wird ein Kostenbeitrag von 1,- € erhoben.

14. Therapiebedingungen von Rehabilitanden mit Therapieaufgabe (§35 BtMG, § 64 StGB oder entsprechende Bestimmungen) werden von der Fachklinik Nettetal spätestens nach Ablauf von 7 Tagen an die entsprechenden Behörden gemeldet (Meldepflicht bei Therapieabbruch). Weiterhin weisen wir darauf hin, dass wir gemäß §36, Abs. 5 BtMG bei der Anhörung mitwirken müssen (z.B. Auszüge aus dem Verlaufsbericht). Der Rehabilitand erklärt sich damit ausdrücklich einverstanden.
15. Bei einer vorzeitigen Therapiebeendigung kann eine Barauszahlung von Rehabilitandenguthaben, das auf das Rehabilitandenkonto der Fachklinik eingezahlt wurde, außerhalb der Verwaltungsdienstzeiten nicht zugesichert werden. Der Restbetrag wird umgehend auf ein von dem Rehabilitanden zu benennendes Konto überwiesen.
16. Der Rehabilitand bestätigt bei Aufnahme den ordnungsgemäßen Zustand und die Vollständigkeit der Zimmerausstattung (Liste hängt im Rehabilitandenzimmer aus). Beim Behandlungsende wird dies zusammen mit einem Mitarbeiter überprüft. Fehlen bei der Entlassung Ausstattungsgegenstände oder sind diese defekt, werden diese dem Rehabilitanden in Rechnung gestellt.
17. Die Rehabilitandenzimmer sind mit einer Notrufanlage ausgestattet, die nur bei einem akutmedizinischen Notfall ausgelöst werden darf. Widerrechtlicher Gebrauch führt zu einer disziplinarischen Maßnahme und die entstehenden Kosten können in Rechnung gestellt werden.
18. Für die Rehabilitandenzimmer und weitere frei geschaltete Räumlichkeiten wird ein elektronischer Schlüssel (Transponder) ausgehändigt. Der Verlust des Transponders ist unverzüglich den Mitarbeitern der Fachklinik anzuzeigen, damit der Zugang gesperrt werden kann. Der Transponder ist zu ersetzen.
19. Zu Ihrer und unserer Sicherheit behalten wir uns vor, im Bedarfsfall Zimmerdurchsuchungen durchzuführen.

Ich bestätige, die Haus- und Brandschutzordnung erhalten zu haben und erkenne sie als verbindlich an.

Ich verpflichte mich, diese aufmerksam zu lesen und strikt einzuhalten.

Wallenhorst, den

Mitarbeiter der Fachklinik Nettetal

Rehabilitand

Viel Erfolg und einen guten Start!

Freiwillige Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht / Datenschutzerklärung

Mit dieser Erklärung entbinde ich Herrn/Frau _____ (Bezugstherapeut/in) von seiner / ihrer gesetzlichen und/oder beruflichen Schweigepflicht zur Verwendung/Weitergabe meiner Daten im Rahmen der stationären Rehabilitation, soweit dies zur Information der im selben Fachbereich tätigen Kollegen in dem für die Teamarbeit unverzichtbaren Rahmen erforderlich ist.

Er/sie bekommt mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Sozialdaten sowie derjenigen Informationen, die meine weitere Behandlung, Begleitung und Betreuung betreffen, an

_____ (Empfänger der Daten)

Über die weitere Verwendung meiner Sozial- und Behandlungsdaten wurde ich aufgeklärt.

Ich bin über die in der Caritas Reha und Teilhabe GmbH vorhandenen Dokumentationssysteme und die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiterinnen informiert. Mit der elektronischen Erfassung meiner Daten und deren Nutzung innerhalb des Dienstes der Fachklinik Nettetal bin ich einverstanden.

Dieses Einverständnis erfolgt freiwillig.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung meiner Daten für die Zukunft widersprechen kann und diese daraufhin in personenbezogener Form gelöscht werden. Eine Weitergabe zur Nutzung aller von mir geäußerten und auf mich bezogenen Mitteilungen oder sonst bekannt gewordenen Lebensumstände an Einzelpersonen, Arbeitgeber, Institutionen oder Behörden findet ohne meine Zustimmung nicht statt.

Wallenhorst, den

Unterschrift

Hausordnung

Wir heißen Sie in der Fachklinik Nettetal herzlich willkommen. Ihre erfolgreiche Behandlung setzt voraus, dass Sie sich hier wohlfühlen und möglichst störungsfrei Ihre Therapieziele verfolgen können. Damit dies gelingt bitten wir um Beachtung und Einhaltung dieser Hausordnung!

Abo-Fahrkarten

Für Arzt- & Organisations-Ausgänge und für ein mögliches Praktikum können Sie eine Abo-Fahrkarte für das Osnabrücker Verkehrsnetz bekommen. Für andere Ausgänge erhalten Sie eine Vierer-Karte/Woche, die mit Beginn der strukturierten Ausgänge im Rahmen der Taschengeldausgabe ausgehändigt wird.

Ball- und Freizeitspiele

sind auf dem Hof wegen der erhöhten Unfall- und Verletzungsgefahr nicht gestattet, bitte nutzen Sie hierfür die Sportanlage oberhalb von Haus 5.

Bekleidung

Wir bitten Sie, bei der Arbeit, beim Sport, beim Essen und in allen therapeutischen Settings aus hygienischen Gründen geeignete Oberbekleidung zu tragen. In den Arbeitsbereichen ist festes Schuhwerk zu tragen. Für einzelne Arbeiten und Tätigkeiten kann spezielles Schuhwerk erforderlich sein, z.B. Sicherheitsschuhe, Küchenschuhe.

Besucher

Besuchszeit ist samstags und sonntags von 14:00 Uhr bis 19:00 Uhr. Personen, die erstmalig zu Besuch in der FKN sind, erhalten ein kurzes Einführungsgespräch. Bitte melden Sie Ihren Besuch grundsätzlich bei jedem Besuch direkt nach dem Eintreffen in der Fachklinik beim Dienst habenden Mitarbeiter an.

Brettspiele

werden im Haus 5 gelagert und können von Ihnen in Ihrer Freizeit ausgeliehen werden. Zum Ausleihen eines Spiels hinterlegen Sie bei dem zuständigen Mitarbeiter ihre laminierte Pfandkarte. Die Spiele sind von Ihnen vollständig wieder zurückzubringen. Erst dann erhalten sie Ihre Pfandkarte zurück.

Bistro

Die Nutzung des Bistros sowie der Gebrauch des Kaffeeautomaten sind während der Freizeit möglich. Bitte trinken Sie Ihren Kaffee nur in den dafür vorgesehenen Bereichen (im und vor dem Bistro bzw. den angegliederten Sitzgruppen). Die Tassen sind anschließend wieder in das Bistro zu stellen.

Drogenscreening und Alkoholkontrollen

Wir wollen Ihnen einen drogen- und alkoholfreien Rahmen gewährleisten. Dies erfordert regelmäßige Drogen- und Alkoholscreenings. Urinproben, die in der Morgenrunde angekündigt wurden, sind morgens bis 9.15 abzugeben. Wer dies nicht kann, hat sich um 9.15 Uhr im Foyer einzufinden. Die Raucherpause entfällt dann für denjenigen. Außerhalb dieser Zeit angeordnete Urinproben müssen, wenn nicht anders angeordnet, bis spätestens 2,5 Stunden nach Ankündigung abgegeben werden.

Das Mundstück für den Alkomaten führen Sie bitte stets mit sich. Der Verlust des Mundstückes ist unverzüglich den Mitarbeitern der Fachklinik Nettetal anzuzeigen. Für das dann von der Fachklinik erneut ausgehändigte Mundstück wird von Ihnen ein Kostenbeitrag von 1,- € erhoben.

Fahrten im Bulli

Während Fahrten mit dem hauseigenen Bulli ist es aus hygienischen Gründen untersagt zu essen, zu trinken, zu rauchen oder sich eine Zigarette zu drehen. Die Betätigung des Radios erfolgt nur in Absprache mit dem jeweiligen Fahrer des Bullis.

Eingangstüren

Zum Betreten und Verlassen der Häuser sind außer im Notfall ausschließlich die Haupteingangstüren zu nutzen, die Gruppenräume bitte nicht über die Terrassentüren betreten. Einzige Ausnahme bildet die Nutzung des Bereiches vor dem Gruppenraum Haus 4 während der Saunazeiten.

Einkäufe über Versandhandel/Internet

an die Adresse Fachklinik Nettetal sind aufgrund des damit verbundenen Verwaltungsaufwands nicht erlaubt.

Elektrogeräte

dürfen nur verwendet werden, wenn sie sich in einem technisch einwandfreien und sicheren Zustand befinden. Bei nicht sachgerechter Nutzung oder nicht einwandfreiem Zustand haftet der Rehabilitand für dadurch entstandene Schäden.

Eiswagen

In den Sommermonaten fährt am Wochenende ein Eiswagen die Fachklinik an. Es ist möglich, sich dort ein Eis zu kaufen. Achten Sie bitte darauf, dass Sie keine alkoholhaltigen Eissorten/-becher verzehren.

Fahrradfahren

ist aus Gründen der Unfallverhütung auf dem Gelände der Fachklinik nicht erlaubt. Lediglich der Fahrrad-VA hat die Möglichkeit, ggf. Probefahrten zu machen.

Fernsehen / DVD

Montag – Freitag 17:00 – 23:00

Samstag 14:00 – 23:00

Sonntag 10:30 – 23:00

außerhalb der Mahlzeiten. Die Zimmerlautstärke ist einzuhalten.

Der Beamer darf nur per Fernbedienung bedient werden.

Zum Schutz der Rehabilitanden sind nur Filme gestattet, die eine FSK bis zum 16. Lebensjahr ausweisen. Ebenso untersagt ist die Benutzung von Raubkopien (DVD, CD, USB).

Die Räumlichkeiten sind aufgeräumt zu hinterlassen, außer Mineralwasser darf dort nichts verzehrt werden.

Gibt es dabei Überschneidungen mit anderen Interessengruppen (aktiv Musik machen, Musik hören, Tischtennis etc.) müssen die Rehabilitanden eine Einigung finden. Ferner haben hausinterne Veranstaltungen immer Vorrang.

Fitness und Sport

Sport darf nach der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung ausgeübt werden. Hanteln bzw. Sport- und Fitnessgeräte dürfen nicht auf dem Zimmer benutzt werden, hierfür steht der Fitnessraum zur Verfügung.

Die Nutzung des Fitnessraumes erfordert eine Geräteeinweisung. Aus Sicherheitsgründen darf er nur in Begleitung einer weiteren Person genutzt werden.

Geld

darf ohne Absprache mit einem Mitarbeiter nur in Höhe von maximal 10,-€ verliehen werden. Ein Rehabilitand sollte über nicht mehr als 25,- € Bargeld verfügen. In den Zimmern ist das Bargeld in den Wertfächern einzuschließen. Bei den Mitarbeitern kann jederzeit eine Einzahlung auf das Rehabilitandenkonto erfolgen.

Getränke

Die Fachklinik stellt Ihnen Mineralwasser kostenlos zur Verfügung. Bitte versehen Sie diese Flaschen und auch Ihre privaten Getränkeflaschen direkt mit Ihrem Namen, um Verwechslungen vorzubeugen.

Getränkeverpackungen die eindeutig auf alkoholische Getränke hinweisen triggern ggf. Suchtdruck und sind deshalb nicht erlaubt (z.B. Krombacher Fassbrause oder Kindersekt).

Handy-/Smartphonennutzung

Montags bis freitags in der Zeit von 7:00 bis 17:00 ist das Handy/Smartphone im Wertfach im Zimmer zu deponieren und kann während der Pausenzeiten benutzt werden. Nach 17 Uhr kann das Handy/Smartphone auf dem gesamten Klinikgelände genutzt werden. Es ist während der Mahlzeiten und Abendaktivitäten auszuschalten. Die Benutzung von Headsets ist ausschließlich im Zimmer erlaubt. Samstags gilt diese Regelung bis nach der Putzabnahme. Die Handys/Smartphones sind grundsätzlich auf lautlos einzustellen.

Hunde

von Besuchern sind aus hygienischen Gründen und aus Rücksichtnahme immer an der Leine zu führen und dürfen nicht in die Häuser.

Kamin

Aus Gründen des Brandschutzes liegt die Nutzung des Kamins ausschließlich in der Verantwortung eines Mitarbeiters.

Kirche

Sonntags besteht die Möglichkeit, im Dom die Messe um 11.30 Uhr und in der Marienkirche Osnabrück den Gottesdienst um 10.00 Uhr zu besuchen.

Küche

Die Küche darf nur vom Küchenpersonal und autorisierten Mitarbeitern betreten werden. Das Küchenpersonal ist dazu verpflichtet in der Küche von der Fachklinik zur Verfügung gestellte Schutzkleidung zu tragen, außerhalb des Küchenbereiches darf diese nicht benutzt werden.

Laptops/Tablets

Die Nutzung von eigenen Laptops/Tablets und portablen Spielkonsolen ist in der Freizeit im eigenen Zimmer möglich.

Die Geräte sind außerhalb der genehmigten Nutzungszeiten und bei Abwesenheit vom Zimmer im Wertfach einzuschließen.

Die Fachklinik weist ausdrücklich darauf hin, dass für Beschädigungen, Verlust, etc. keine Haftung übernommen wird und somit das Haftungsrisiko beim Besitzer des Laptops verbleibt.

Geräte ab einer Bildschirmdiagonale von 6 Zoll dürfen ausschließlich im eigenen Zimmer benutzt werden.

Multimediageräte mit einer Telefonfunktion und einer Bildschirmgröße bis 6 Zoll dürfen nach der Handyregelung genutzt werden.

Mahlzeiten

Eine angenehme und ruhige Atmosphäre bei den Mahlzeiten ist uns wichtig. Die Mahlzeiten dauern verpflichtend 20 Minuten. Ein vorzeitiges Abräumen der Tische ist nicht erwünscht. Bitte achten Sie auf die Einhaltung allgemeingültiger Tischmanieren. Die Essenszeit beginnt mit dem Einlass in den Speisesaal, dies gilt auch für das jeweilige Küchenpersonal. Persönliche Getränke dürfen nicht zu den Mahlzeiten mitgebracht werden.

Die Teilnahme am Kaffee und Kuchen am Sonntag und Samstag ist freiwillig. Für eine Zwischenmahlzeit steht Ihnen Obst zur Verfügung. Außer Obst dürfen keine Lebensmittel aus dem Speisesaal mitgenommen werden. Rehabilitanden, die während der Essenszeiten abwesend sind, können in Absprache mit dem Küchen-VA außerhalb der Essenszeiten ihre Mahlzeiten einnehmen. Das Frühstück in der Woche endet spätestens um 7:45 Uhr.

Medikamentenverschreibungen

Sofern Sie von unseren kooperierenden Ärzten Medikamente verschrieben bekommen, bitten wir Sie, das Rezept direkt in der Apotheke einzulösen. Dazu ist die Befreiungskarte bzw. Bargeld mitzunehmen. Nach der Rückkehr sind die Medikamente zur Prüfung abzugeben. Sind die Medikamente in der Apotheke nicht vorrätig oder sollten Sie das Rezept nicht direkt einlösen können, haben Sie Gelegenheit, dies in Ihrer Freizeit zu erledigen.

Musik

Während der Freizeit können Sie in ihren Zimmern Musik per Kopfhörer hören. In den Gruppenräumen Haus III und IV darf werktags ab 17:00 Uhr, samstags nach der Putzabnahme und sonntags ab 10:30 – 22:00 Uhr (mit Ausnahme der Mahlzeiten) in Zimmerlautstärke gemäß den Markierungen der Lautstärkereglern (-30) Musik gehört werden.

Gibt es dabei Überschneidungen mit anderen Interessengruppen (Fernsehprogrammen, Gesellschaftsspiele etc.) bitten wir Sie untereinander eine Einigung zu finden. Ferner haben hausinterne Veranstaltungen immer Vorrang.

Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit die Musikinstrumente im Gruppenraum von Haus IV zu benutzen. Die Musikzeiten sind in der Woche von 17:00 bis 22:00 Uhr, am Wochenende von 10:30 bis 22:00 Uhr. Beim Musikmachen sind Türen und Fenster geschlossen zu halten. Während der Kaffeezeit von 15:00 bis 16:00 Uhr ist das Musikmachen nicht gestattet. Musizieren ist auf dem Gelände (bei geeignetem Wetter) und in Ihrem Zimmer bis 22:00 Uhr möglich, solange sich Mitrehabilitanden nicht gestört fühlen.

Piercings und Tätowierungen

können zu Entzündungen und damit zu Ausfällen im Therapiealltag führen. Deshalb ist es nicht erlaubt, sich während der Reha-Maßnahme Piercings und/oder Tätowierungen stechen zu lassen.

Rehabilitandeneinkauf

Artikel des persönlichen Bedarfs werden einmal wöchentlich von einem dafür verantwortlichen Rehabilitanden und dem Bundesfreiwilligendienstler eingekauft. Hierfür können Sie die ausliegenden Bestelllisten ausfüllen. Die bestellten Artikel sind von Ihnen am Tag des Einkaufs abzuholen.

Rehabilitandenpost

Ihre Post wird während des Abendessens von einem Mitarbeiter verteilt.

PC-Nutzung

Im Multimediaraum in Haus IV ist in der Freizeit die Nutzung der PC auch mit Headsets gestattet. Der PC-Raum ist ordnungsgemäß zu hinterlassen, die PCs sind auszuschalten, die Fenster zu schließen. Es dürfen keine Veränderungen in der Systemkonfiguration vorgenommen werden. Das Herunterladen von Musik und Filmen ist urheberrechtlich geschützt und nicht gestattet.

Der PC-Schulungsraum in Haus IV wird ausschließlich für Schulungen genutzt. Für Datensicherung wird keine Haftung übernommen.

Rauchen

Zum Schutz von Nichtrauchern ist das Rauchen nur an bestimmten Orten erlaubt. Dafür ist in den Pausen ausschließlich der Raucherpavillon zu nutzen. E-Zigaretten dürfen darüber hinaus in den Raucherpausen auch vor dem Bistro geraucht werden. Raucherpausen sind; 9:20 – 9:30, 10:50 – 11:00, 12:20 – 12:30, 12:50 – 13:30 Uhr sowie Montag und Freitag 15:00 – 15:30 Uhr, Dienstag und Donnerstag 14:50 – 15:00 Uhr, Mittwoch 15:00 – 15:15 Uhr.

In der Zeit zwischen 17:00 bis 8:00 Uhr und am Wochenende ist das Rauchen auch vor dem Bistro gestattet. Ab 23:00 Uhr sind weitere Rauchzeiten nur in Absprache mit dem diensthabenden Mitarbeiter möglich.

Sauna

Die Benutzung der Sauna erfolgt ausschließlich mit ärztlichem Einverständnis und auf eigene Gefahr. Aus Sicherheitsgründen ist es erforderlich, dass der Aufenthalt in der Sauna mindestens zu zweit stattfindet.

Saunazeiten sind mittwochs und freitags von 19:30 bis 22:30 Uhr, sonntags von 15:00 - 21:00 Uhr. Die allgemeinen Saunaregeln sind einzuhalten, ein entsprechender Aushang befindet sich im Saunabereich.

Während der Besuchszeiten halten Sie sich bitte nur in den dafür zur Verfügung stehenden Räumen auf. Mittwochs und freitags können Sie mit angemessener Bekleidung (Bademantel, Handtuch) auch den Außenbereich vor dem Gruppenraum Haus IV nutzen. Die Sauna ist mit einer dezentralen Steuerungsanlage ausgestattet, die die Aufgüsse dosiert und in zeitlichen Intervallen aktiviert. Eigene Aufgüsse sind zu unterlassen.

Wenn Sie die Sauna nutzen möchten, tragen Sie sich bitte vorher in die in der Zentrale ausliegende Saunaliste ein. Die Sauna wird nur eingeschaltet, wenn sich

mindestens drei Rehabilitanden bis eine Stunde vor Beginn der Saunazeit in die Liste eingetragen haben. Sollten sich weitere Rehabilitanden entscheiden die Sauna nutzen zu wollen, haben diese sich vor Beginn des Saunabesuchs in die Liste einzutragen.

Die Reinigung der Sauna darf nur mit den dafür vorgesehenen Utensilien erfolgen. Ehemaligen Rehabilitanden ist die Saunabnutzung während der Besuchszeit (am Sonntag) gestattet. Die ehemaligen Rehabilitanden müssen frei von Suchtmittleinfluss sein und im Kontext der Nachsorgeeinrichtung (CSH), ambulanten Rehabilitation oder Weiterbehandlung betreut werden.

Sonnenbaden

Sie haben im Sommer die Möglichkeit, im Bereich neben dem Volleyballfeld Sonnenbäder zu genießen. Wir bitten Sie, die Sonnenliegen aus hygienischen Gründen bei Gebrauch mit einem Badetuch abzudecken und für einen ausreichenden Sonnenschutz Sorge zu tragen.

Sonnenschutzmittel werden durch die Fachklinik Nettetal zur Verfügung gestellt sofern sie für die Arbeitstherapie erforderlich sind.

Sozialdienst

Der Sozialdienst steht Ihnen zur Verfügung, sofern Sie sich zuvor in die Sozialdienstliste eingetragen haben. Die Liste wird jeweils mittwochs beim Plenum ausgehängt. Sie werden, nach dieser Liste, in der folgenden Woche von den entsprechenden Mitarbeitern zum Sozialdienst gebeten.

Sprache

Wir bitten unsere Sie auf dem Klinikgelände unabhängig von ihrer Nationalität deutsch zu sprechen. Dies dient der Höflichkeit und soll einer Ausgrenzung entgegenwirken. Während der Freizeit und ausschließlich bei Anwesenheit gleichsprachiger Rehabilitanden ist eine Unterhaltung in einer anderen Sprache erlaubt. In den gemeinschaftlich genutzten Räumen wie Speisesaal, Freizeitraum, Fernseh- und Gruppenräume sowie auf dem Innenhof (zwischen den Häusern I-IV), sprechen Sie bitte grundsätzlich deutsch.

Telefonzeiten

In der Freizeit ab 17:00h können Angehörige und Bekannte Sie unter der Nummer 0541/40892-14 auf dem Rehabilitandentelefon in Haus IV anrufen. Ihr Handy können Sie in der Freizeit nutzen (siehe Handynutzung).

Umgang mit der Hausordnung

Die Einhaltung der Hausordnung trägt zu einer angenehmen Atmosphäre in unserer Fachklinik bei und kommt damit allen zugute.

Das konsequente Einhalten wird mit Name und Datum für die zurückliegende Woche im Abteilungsbuch in der Farbe grün dokumentiert. Sie können sich dann über einen freien Nachmittag, einen zusätzlichen Ausgang oder eine andere Vergünstigung freuen.

Verstöße gegen die Hausordnung können Korrekturen zur Folge haben.

Im Abteilungsbuch werden Datum, Name, Verstoß und Korrektur vom jeweiligen Rehabilitanden in der Farbe rot eingetragen. Korrekturen sind wie in den Abteilungskonferenzen vereinbart fristgerecht und außerhalb der Arbeitszeiten zu erledigen. Korrekturen außerhalb der Gebäude dürfen nicht sonntags oder feiertags erledigt und müssen möglichst bei Tageslicht abgenommen werden. Rehabilitanden,

die eine Korrektur erhalten haben, müssen diese ohne Mithilfe anderer Rehabilitanden erledigen.

Wäsche

Wäschereinigung und –abholung erfolgt nach Arbeitsende bis spätestens 22:00 Uhr, freitags bis 19:30 Uhr. Die Wäsche muss frei von anderen Utensilien abgegeben werden, d.h. die Taschen sind vor der Abgabe der Wäsche zu kontrollieren. Sobald A+O-Ausgänge möglich sind, ist die Wäsche mit den kleinen Waschmaschinen in Eigenverantwortung zu waschen. Pro Woche werden im Rahmen der Taschengeldauszahlung zwei Münzen für die Maschinen ausgehändigt. Zusätzliche Münzen können käuflich erworben werden.

Wochenberichte

Die Wochenberichte dienen der Übung der Selbstreflexion. Bitte geben Sie Ihren Wochenbericht spätestens bis montags um 8:00 Uhr in der Zentrale ab.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und viel Erfolg bei Ihrer Reha-Maßnahme!

Literatur

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM V, 2013

Batthyány, Dominik; Alfred Pritz Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte Wien; New York: Springer, 2009 S. 291-307

Bonnet, Udo; Scherbaum, Norbert: Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. Dt. Ärzteblatt 2005; 102(48)

Caritas Suchthilfe (CaSu): Stellungnahme der CaSu zur Lage der stationären Drogentherapie. Freiburg i. Br. 2007

Caritas Suchthilfe (CaSu) Therapeutischen Gemeinschaft in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) Freiburg i.Br. 2010

De Shazer, S. Der Dreh – Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurztherapie, Heidelberg 2000

Demmel, Ralf Internet Addiction: Ein virtuelles Problem? in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2005 Geesthacht: Neuland Verl.-Ges., 2005 S. 175-184

Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (49): A 2436-40

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation. Hamm 2008

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland-Verlagges. 2007

Ruud Rutten, Chris Loth, Adri Hulshoff: Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie. Elsevier Gezondheidszorg. Maarssen 2009

Lutz G. Schmidt, Markus Gastpar, Peter Falkai, Wolfgang Gaebel: Evidenzbasierte Suchtmedizin: Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzteverlag 2006

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICH-10-GM 2004/2008

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF 2005
288

Anna Fett(Hrsg.), „Männer-Frauen-Süchte“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1996;
Jutta Jacob, Heino Stöver (Hrsg.), „Sucht und Männlichkeiten“, VS-Verlag, Wiesbaden, 2006

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, „Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention“, 18. Niedersächsische Suchtkonferenz, 09.2008

Dammler, Axel, Verloren im Netz; Macht das Internet unsere Kinder süchtig?, München 2009

DHS-Grundsatzpapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“, Hamm, 2004

Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H., Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart 1999

Grawe, K. Psychologische Therapie, Hogrefe 2000

LWL Koordinationsstelle Sucht(Hrsg.), „Männlichkeiten und Sucht, Handbuch für die Praxis“, Münster, 2009

Jörg Petry: Glücksspielsucht (Entstehung, Diagnostik und Behandlung), Hogrefe Verlag 2003 ISBN 3-8017-1479-9

Meyer/Bachmann: Spielsucht 2. Auflage (Ursachen und Therapie) Springer Verlag 2005 ISBN 3-540-23731-3

Miller W.R., Rollnick St., Motivierende Gesprächsführung 3. Auflage, Freiburg 2015

Jörg Petry: Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet Gebrauch (Hogrefe Verlag, 2010) ISBN 978-3-8017-2102-2

Thomasius R., Psychotherapie der Suchterkrankungen, Stuttgart 2000

A.Hillert/ W. Müller-Fahrnow/ F. M. Radoschewski (Hrsg.) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Deutscher Ärzteverlag 2009) ISBN 978-3-7691-1236-8

R. Diehl/ e. Gebauer/ A. Groner Kursbuch Sozialmedizin (Deutscher Ärzteverlag 2012) ISBN 978-3-7691-0499-8

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) Rehabilitation und Teilhabe (Deutscher Ärzteverlag 2005) ISBN 3-7691-0420-X

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Konzept die männliche Schreibweise